

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEBIDANAN INTRA PARTAL PADAMULTI GRAVIDA DI RUANGBERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA



OLEH:

ENDANG MARDIANTI BAPANG
NIM: 132.111.218

**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEBIDANAN INTRA PARTAL PADA MULTI GRAVIDA
DI RUANGBERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH:

ENDANG MARDIANTI BAPANG
NIM: 132.111.218

**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Agustus 2016

Yang menyatakan

ENDANG MARDIANTI BAPANG

132.111.218

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana” telah disetujui oleh pembimbing. Laporan tugas akhir mahasiswa atas nama: Endang Mardianti Bapang, Nim: 132.111.218 Program Studi D-III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, September 2016

Menyetujui

Pembimbing I



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

Pembimbing II




Mili Jumetan, STr, Keb

Mengetahui

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**

drg. Jeffrey Jap., M.Kes

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana” telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Endang Mardianti Bapang, NIM: 132.111.218 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir, September 2016

Ketua : Florentianus Tat, S.Kp. M.Kes :.....

Anggota : 1. Ummu Zakiah, SST., M.Keb :.....

2. Mili Jumetan, STr, Keb :.....

Mengetahui

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**

drg. Jeffrey Jap., M.Kes

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

MOTO

Keberhasilan adalah sebuah proses. Niatmu adalah awal keberhasilan. Peluk keringatmu adalah penyedapnya. Tetesan airmatamu adalah penawarnya. Doamu dan doa orang-orang disekitarmu adalah bara api yang mematangkannya. Kegagalan di setiap langkahmu adalah pengawetnya. Maka dari itu, bersabarlah Allah akan selalu menyertai orang-orang yang penuh dengan kesabaran dalam proses menuju keberhasilan. Sesungguhnya kesabaran akan membuatmu mengerti bagaimana cara mensyukuri arti sebuah keberhasilan.

(Mahatma Gandhi)

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada

1. Orang tua tercinta, Ayah Baharudin Bapang Dan Aminah Prenje yang telah memberikan dukungan baik materi maupun moril.
2. Kakak Dan Adik saya yang sayangi, Irma Sibala, Hanifah Bapang, Yusril Bapang, Dan Ajril Bapang yang sudah membantu saya dalam doa maupun penguatan untuk saya.
3. Teman-teman angkatan, Dian, Sitry, Eka, Wiwik, Risma, yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
4. Sahabat-Sahabat saya Rafly Niwang dan Atikah Sadli Yang selalu memberikan motivasi untuk saya
5. Almamater tercinta- STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

BIODATA PENULIS

Nama : ENDANG MARDIANTI BAPANG

TempatTanggalLahir : Kalabahi, 28 Austus 1994

Agama : ISLAM

Alamat : KAYU PUTUIH, KOTA KUPANG, PROV.
NUSA TENGGARA TIMUR

Pendidikan

Tahun 2005 : SD NEGERI KENARIKANG

Tahun 2008 : SMP NEGERI 1 KALABAHI

Tahun 2012 : MAN KALABAHI

Tahun 2013 – 2016 : SEDANG MENYELESAIKAN PENDIDIKAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
DI SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
(STIKes) CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Citra Husada Mandiri Kupang

Jurusan kebidanan Kupang

Laporan Tugas Akhir, Oktober 2016

Asuhan Kebidanan Padalbu G2 P1 A0 AH1, dengan Intrapartal Pada Multigravida Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Latar Belakang: Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Hal ini dikarenakan sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi di tingkat pelayanan kesehatan primer dengan penguasaan ketrampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan tersebut belum memadai. **Tujuan:** Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana. **Hasil:** Ny E.L.M G2P1A0AH1 mengatakan perutnya mules serta sakit pada pinggang menjalar keperut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Antisipasi masalah potensial yang dilakukan adalah atonia uteri dan partus lama karena dari hasil pemeriksaan data obyektif ibu menderita KEK (kekurangan Energi Kronik), tindakan segera yang dilakukan adalah menganjurkan ibu untuk melakukan diet tinggi kalori, perencanaan dan pelaksanaan, informasikan keadaan ibu, ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, observasi persalinan melalui partograf, anjurkan ibu berjalan-jalan di sekitar ruangan, anjurkan ibu makan dan minum, pendidikan kesehatan, pertolongan persalinan, perawatan nifas, evaluasi, pasien pulang hari Selasa tanggal 26 Januari 2016 dengan keadaan ibu dan bayi sehat. **Kesimpulan:** Persalinan dimulai ketika adanya tanda-tanda persalinan dan berakhir sampai dengan lahirnya plasenta hingga pemantauan kala IV dan cara yang digunakan dalam asuhan ini menggunakan 7 pendekatan manajemen kebidanan.

Kata kunci: Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Intrapartal Pada Multigravida Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana”, dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan tugas akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenalkanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:Ummu Zakiah, SST., M.Keb, selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Sekaligus sebagai Pembimbing I yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan laporan tugas akhir ini dan Mili Jumetan, STr, Keb. selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan laporan tugas akhir ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada Florentinus Tat, S.Kp. M.Kes. selaku penguji laporan tugas akhir yang telah bersedia membimbing dan mendampingi mahasiswa dalam melaksanakan dan mengerjakan Laporan Tugas Akhir.

Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto, selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes, selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
3. Monika Salmau, Amd.Keb, selaku kepala ruangan VK Puskesmas Sikumana yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruangan tersebut.
4. Ny. E. L. Mdan keluarga atas kesediaan sebagai responden untuk pengambilan data tugas akhir.
5. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan untuk laporan tugas akhir ini kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Teman-teman seperjuangan Prodi D-III Kebidanan angkatan VI dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian laporan tugas akhir ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bermanfaat bagi pembaca dan mahasiswi jurusan kebidanan.

Kupang, September 2016

Endang. M. Bapang

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
BIODATA	viii
ABSTRAK	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	6
1.5 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	9
2.1.1 Pengertian Persalinan.....	9
2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan.....	10
2.1.3 Jenis-Jenis persalinan.....	10
2.1.4 Teori Terjadinya Persalinan.....	12
2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	13
2.1.6 Mekanisme Persalinan.....	16

2.1.7 Tanda-Tanda Persalinan	19
2.1.8 Tahapan Persalinan	23
2.1.9 Perubahan Fisiologi Dan Psikologi Dalam Persalinan.....	33
2.1.10 Posisi-Posisi Pada Saat Meneran.....	49
2.1.11 Persiapan Asuhan Persalinan Normal.....	54
2.1.12 Partograf.....	73
2.2 KEK.....	78
2.3 Konsep Manajemen Kebidanan	83
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian.....	102
3.2 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>)	103
3.3 Sampel dan Informant.....	104
3.4 Pengumpulan Data	104
3.5 Analisa Data.....	107
3.6 Etika Penelitian.....	109
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian.....	112
4.2 Pembahasan	131
BAB 5 PENUTUP.....	
5.1 Simpulan	143
5.2 Saran.....	146
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1.	Posisi Miring/Lateral	50
2.2.	Posisi Jongkok	51
2.3.	Posisi Merangkak.....	51
2.4.	Posisi Semi Duduk.....	53
2.5.	Posisi Duduk.....	53
2.6.	Posisi Berdiri	54
3.1.	Kerangka Kerja	103

DAFTAR SINGKATAN

ACNM	: <i>American College of Nurse Midwife</i>
ASI	: Air Susu Ibu
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
APD	: Alat Pelindung Diri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
DepKes	: Departemen Kesehatan
DM	: Diabetes Melitus
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DO	: Data Obyektif
DS	: Data Subyektif
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: IntraMuskuler
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KEK	: Kerurangan Energi Kronik

LBK	: Letak Belakang Kepala
LILA	: Lingkar Lengan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
UUB	: Ubun-Ubun Besar
UK	: Usia Kehamilan
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
RI	: Republik Indonesia
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RS	: Rumah Sakit
RB	: Rumah Bersalin
SC	: <i>Section Caesaria</i>
SOAP	: <i>Subyektif Obyektif Assesment Planning</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Partus
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
USG	: Ultrasonografi
WHO	: <i>world Healt Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul	Halaman
	Lampiran 1 Lembar permohonan Responden	149
	Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden	150
	Lampiran 3 Askeb	151
	Lampiran 4 Partograf	200
	Lampiran 5 Lembar Konsultasi	202

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Persalinan adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Syaifudin, 2001). Asuhan manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 2007).

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Hal ini dikarenakan sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi di tingkat pelayanan kesehatan primer dengan penguasaan ketrampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan tersebut belum memadai (Sarwono, 2008).

Data jumlah kelahiran di Indonesia pada tahun 2000 adalah 17 kelahiran per 1000 penduduk dan pada tahun 2010 terus mengalami

kenaikan menjadi 17,9 kelahiran per 1000 penduduk (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Jumlah kelahiran untuk Provinsi NTT pada tahun 2008 adalah 3,81 kelahiran per 1000 penduduk dan pada tahun 2012 mengalami penurunan menjadi 3,3 kelahiran per 1000 penduduk (Profil Kesehatan Kota Kupang). Walaupun demikian Indonesia masih merupakan negara yang memiliki angka kematian ibu tertinggi yang disebabkan karena pertolongan persalinan yang tidak aman.

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2008 menyebutkan angka kematian ibu akibat persalinan di Indonesia 240 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia yaitu 208 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 26 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013). Data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2013 menunjukkan angka kematian ibu akibat persalinan 177 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 14 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%) (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2013).

Dari data obyektif yang didapat setelah melakukan pemeriksaan fisik didapatkan ketidak normalan yang terdapat pada Ny E. L. M yaitu LILA: 23 Cm. Oleh karena itu Ny E. L. M. Dikategorikan menderita KEK (kekurangan Energi Kronik). Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun, dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm (Depkes, 2007). Penulis tertarik dengan kasus Ny E. L. M karena Menurut Profil Kesehatan Kota Kupang (2013) Salah satu penyebab tidak langsung kematian ibu pada saat bersalin adalah KEK (Kekurangan Energi Kronik) sebesar 37 %.

Upaya kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. (Profil Kesehatan Indonesia, 2012). Angka Kematian Ibu (AKI), senantiasa menjadi indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan, AKI mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan proses kehamilan, persalinan dan Nifas.

Puskesmas Sikumana adalah puskesmas *PONED (Penanganan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar)* yang memiliki fasilitas ruangan bersalin. Berdasarkan buku register ruangan bersalin puskesmas

Sikumana, menunjukan bahwa pada Januari-Desember 2015 terdapat 249 persalinan normal.

Sebagai langkah strategis dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), Indonesia pun melakukan upaya peningkatan kualitas kesehatan di Indonesia dan upaya pencapaian komitmen Sustainable Development Goals (SDGs) dimana diharapkan pada tahun 2030 dapat mengurangi angka kematian ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup.

Di NTT sendiri terdapat program Revolusi KIA (semua ibu hamil melahirkan di Fasilitas Kesehatan yang memadai) dengan capaian indikator diantaranya adalah menurunnya peran dukun dalam menolong persalinan atau meningkatkan peran tenaga kesehatan yang terampil dalam menolong persalinan yang aman sesuai dengan prosedur Asuhan Persalinan Normal (APN), dan juga sebanyak 14 kabupaten/Kota telah di dukung Australia Indonesia Partnership for maternal and Neonatal Health (AIPMNH) untuk sebisa mungkin mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Selain itu melakukan perluasan pelayanan kesehatan berkualitas melalui pelayanan obstetrik yang komprehensif seperti penyediaan fasilitas Pelayanan *Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)* dan Pelayanan *Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED)* (Kemenkes RI, 2013).

Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan ibu dan memiliki peran penting dalam mengatasi masalah melalui asuhan kebidanan baik dalam hal pertolongan persalinan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan, bidan diuntut memiliki wawasan yang luas, terampil dan sikap profesional. Tindakan yang kurang tepat dapat menimbulkan komplikasi.

Untuk itu peran bidan sangat penting khususnya dalam menurunkan AKI. Bidan diharapkan mampu mendukung usaha peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yakni melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, terutama dalam perannya mendukung pemeliharaan kesehatan ibu.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada Persalinan Normal di Rumah Bersalin Puskesmas Sikumana.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Asuhan Kebidanan pada Multigravida Intrapartal di ruang bersalin Puskesmas Sikumana dengan pendekatan manajemen varney”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan

pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian data pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- b. Menganalisis dan menginterpretasikan data untuk menegaskan diagnosa/masalah aktual pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- c. Menganalisis masalah potensial pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- d. Melaksanakan tindakan segera dan kolaborasi pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- e. Merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- f. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- g. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
- h. Mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan asuhan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikutnya.

1.4.2 Manfaat praktis

a. Bagi penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan bagi penulis dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikut.

b. Bagi Puskesmas

Sebagai salah satu bahan evaluasi terhadap asuhan dalam penanganan persalinan normal sesuai dengan teori yang ada.

c. Bagi profesi

Sebagai salah satu masukan bagi organisasi profesi bidan upaya pelayanan proses persalinan. Menambah keterampilan bagi Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan, konseling dan dukungan pada ibu bersalin dengan persalinan normal.

d. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

1.5 Sistematika Penulisan.

BAB I PENDAHULUAN Berisi uraian tentang (1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penulisan, (4) Manfaat Penulisan, (5) Sistematika Penulisan

BAB II TINJAUAN TEORITIS Berisi uraian tentang teori persalinan normal.

BAB III TINJAUAN KASUS Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) Analisa Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

BAB IV PEMBAHASAN Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) Analisa Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

BAB V PENUTUP berisi uraian tentang (1) Kesimpulan, (2) Saran

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1 Pengertian

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur (Rohani, dkk, 2010)

Persalinan adalah (labour) rangkaian peristiwa mulai dari kencang-kencang teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah, dkk, 2008).

Mutigravida adalah wanita yang sudah beberapa kali hamil (Sulaiman S. Winata, 1983)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa: Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun ke dalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Melalui

jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri. Tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.1.2 Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sumarah, 2009).

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
4. Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya (Marmi, 2011).

2.1.3 Jenis-jenis persalinan

Ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan (Sulaiman S. Winata, 1983)

1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

a. Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar

c. Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan

2. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.

b. Partus immature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

c. Partus premature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d. Partus matur dan partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e. Partus serotinus atau partus post matur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu (Sulaiman S. Winata, 1983)

2.1.4 Teori terjadinya persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1. Teori penurunan hormonal

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekenjangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun (Mochtar. R, 1998).

2. Teori Keregangan

a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

b. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Rohani, dkk, 2011).

3. Teori penurunan progesteron

- a. Proses penuaan plasenta terjadi sejak umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Rohani, dkk, 2011).

4. Teori prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. (Rohani, dkk, 2011).

5. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi segera dikeluarkan. (Sumarah, dkk, 2008).

6. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat di bangkitkan (Sumarah, dkk,2008).

2.1.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sulaiman S. Winata, (1983). faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

A. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

1) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

Pada bulan terakhir dari kehamilan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton Hicks. Pada saat persalinan his merupakan kontraksi otot-otot yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri.

Nyeri ini mungkin disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot-otot waktu kontraksi, tekanan pada ganglia dalam cervix dan segmen bawah rahim oleh serabut-serabut otot-otot yang berkontraksi, renggangan dari serviks karena kontraksi, atau renggangan dan tarikan pada peritonium waktu kontraksi.

2) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.

Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu ibu buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, kalau pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim.

B. Passage (panggul)

1) Bagian tulang panggul

Tulang Panggul terdiri dari empat buah tulang, yaitu: dua os coxae, satu os sacrum, satu os coccygis..

2) Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. (Icesmi S, dkk, 2013).

C. Passenger (fetus)

1) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.

2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali

- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram
- 7) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama.

2.1.6 Mekanisme persalinan

Menurut Marmi, (2011) gerakan utama pada kepala janin pada proses persalinan:

1. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi bipareta (diameter lebar paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala: pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan; pada multi terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).

2. Descent

Penurunan kepala janin sangat bergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala lambat. Kepala turun kedalam rongga panggul,

akibat: tekanan langsung dari his dari fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3. Flexion

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala fleksi bertambah ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahapan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): serta turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan; his selaku tenaga/gaya pemutar; ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala

tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan ke bawah simfisis.

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam: pada fleksi bagian belakang kepala merupakan bagian terendah; Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis); ukuran terbesar pada bidang tengah panggul diameter anteroposterior.

5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas resultantenya kekuatan ke depan atas
- c. Pusat pemutaran: hipomoklien.

- d. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior, lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6. External Rotation (restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang di lahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir memutar kembali kearah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi).
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sefihak putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar di sebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP
- d. Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklio kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

2.1.7 Tanda-tanda persalinan

Menurut Hidayat, dkk (2010), tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

1. Lightening

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah lightening. Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun lightening tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut akan di alami ibu: ibu jadi sering berkemih, karena kandung kemih di tekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defikasi. Lightening mengakibatkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan.

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil servix ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal servix menutup.

Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas Braxton hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan servix, bidan dapat meyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat.

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau

secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

4. Ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesaria.

5. Bloody show.

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show. Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali disangka tali pusat

yang lepas. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam.

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.8 Tahapan persalinan

Menurut Rohani, dkk (2010), tahapan-tahapan persalinan adalah sebagai berikut:

1. Persalinan kala I (fase pematangan dan pembukaan.

a. Definisi

Kala satu merupakan waktu di mulainya oersalinan, keadaan ini dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai (10 cm). Pada kala ini pembukaan his belum begitu kuat, datangnya setiap 10-25 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan, lambat laun his bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama serta lendir darah bertambah banyak. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida berlangsung ± 8 jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1 cm/jam, sedangkan padamulti 2cm/jam. Kala pembukaan dibagi dua fase :

- 1) Pembukaan laten : pembukaan serviks, sampai ukuran 3 cm, berlangsung dalam 7 – 8 jam
- 2) Fase aktif : berlangsung ± 6 jam, di bagi atas 3 sub fase yaitu :
 - a. Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

- b. Periode dilatasi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm
- c. Periode deselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian bagian terbawah janin. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

b. Asuhan pada kala I

- 1) Menghadirkan orang yang di anggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat Dukungan yang dapat diberikan :
 - a. Mengusap keringat
 - b. Menemani atau membimbing jalan–jalan (mobilisasi)
 - c. Memberikan minum
 - d. Merubah posisi dan sebagainya
 - e. Memijat atau menggosok punggung
- 2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu
 - a. Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya

b. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus

3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his

Ibu di minta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

4) Menjaga privasi ibu

Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien atau ibu.

5) Penjelasan tentang kemajuan persalinan

Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serit prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil–hasil pemeriksaan.

6) Menjaga kebersihan diri

Membolehkan ibu mandi untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil atau besar

7) Mengatasi rasa panas

Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat di atasi dengan cara : Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar, Menggunakan kipas biasa, Menganjurkan ibu untuk mandi

8) **Massase** Jika ibu suka, lakukan pijatan atau massase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.

9) **Pemberian cukup minum**

Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah rehidras.i

10) **Mempertahankan kandung kemih tetap kosong**

Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

11) **Sentuhan**

Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasakesendirian ibu selama proses persalinan.

2. Persalinan kala II (kala pengeluaran janin)

a. Definisi

Kala II (kala pengeluaran) dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Marmi 2011).

1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum/pada vaginanya.

3) Perineum menonjol.

4) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.

5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Pada kala ini his terkoordinir, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali kepala janin telah masuk keruangan panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mencedan, karena tekanan pada rectum, ibu ingin seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada saat his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala, membuka pintu, dahi, hidung, mulut dan muka dan seluruhnya, diikuti oleh putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala dengan punggung. Setelah itu sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 60 menit dan multigravida 30 menit.

b. Asuhan pada kala II

- 1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu
- 2) Menjaga kebersihan diri
- 3) Mengipasi dan massase
- 4) Memberikan dukungan mental
- 5) Mengatur posisi ibu dalam memimpin mencedan dapat dipilih posisi berikut : Jongkok, Menungging, Tidur miring, setengah duduk

6) Menjaga kandung kemih tetap kosong

Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala kedalam rongga panggul

7) Memberikan cukup minum mencegah dehidrasi dan memberi tenaga.

8) Memimpin meneran

Ibu dipimpin mengedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mengedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal

9) Bernafas selama persalinan

Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi ketika kepala akan lahir. Hal ini menjaga agar perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan.

10) Pemantauan denyut jantung janin

Periksa DJJ setelah setiap kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120) selama mengedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.

11) Melahirkan bayi

a. Menolong kelahiran kepala : Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat, Menahan perineum

dengan satu tangan lainnya bila diperlukan, Mengusap kepala bayi untuk membersihkan dari kotoran/lendir

- b. Periksa tali pusat : Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, di klem pada dua tempat kemudian di gunting diantara kedua klem tersebut sambil melindungi leher bayi
- c. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya :Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi, Lakukan tarikan lembut kebawah untuk melahirkan bahu depan, Lakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang, Selipkan satu tangan ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya, Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh

12) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh. Setelah bayi lahir segera keringkan dan selimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan berikan bayi untuk menyusui

13) Merangsang bayi : Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi, dilakukan dengan cara mengusap – usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi

3. Persalinan kala III (kala uri/plasenta)

a. Definisi

Kala III adalah kala pengeluaran uri atau pengekuaran plasenta. Kala III ini merupakan kelanjutan kala I (kala pembukaan) dan kala II (kala pengeluaran bayi). Untuk itu pada kala III ini berbagai aspek yang akan dihadapi bercermin pada apa yang telah dikerjakan pada tahap-tahap selanjutnya (Marmi, 2011).

1) Tanda –tanda pelepasan plasenta

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Perdarahan, terutama perdarahan yang sekonyong-konyong dan agak banyak.
- c. Memanjangnya bagian tali pusat yang lahir.
- d. Naiknya fundus uteri; karena naiknya rahim ia juga lebih mudah dapat digerakan.

b. Asuhan pada kala III

- 1) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin. Dengan pengguntingan tali pusat dini akan memulai proses proses pelepasan plasenta.
- 2) Memberikan oxytocyn. Oxytocyn merangsang uterus untuk berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan placenta.

- 3) Melakukan penanganan tali pusat terkendali atau PTT (CCT/Controlled Cord Traction). Untuk mempercepat kelahiran placenta.
- 4) Masase fundus. Segera setelah plasenta dan selaput dilahirkan, masase fundus agar menimbulkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan postpartum.

4. Persalinan kala IV

a. Definisi

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1- 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Dalam kala IV ini penderita masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena perdarahan karena atonia uteri masih mengancam. petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran placenta, dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil maka ibu harus dipantau lebih sering.

b. Asuhan pada kala IV

- a) Pemeriksaan fundus dan masase, periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit pada jam ke kedua. Jika kontraksi tidak kuat masase uterus sampai uterus menjadi keras.

- b) Nutrisi dan hidrasi, anjurkan ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu makanan dan minuman yang disukainya.
- c) Bersihkan ibu, bersihkan perineum ibu dan kenakan ibu pakaian yang bersih dan kering.
- d) Istirahat, biarkan ibu beristirahat karena ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bantu ibu pada posisi yang nyaman.
- e) Peningkatan hubungan ibu dan bayi, biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan pada ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayinya.
- f) Memulai menyusui, bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
- g) Menolong ibu ke kamar mandi, jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan.
- h) Mengajari ibu dan anggota keluarga, ajari ibu dan anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

2.1.9 Perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan

1) Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

a) Perubahan fisiologi kala I :

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10 – 20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah (Varney, 2008).

(2) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun metabolisme anaerobic akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan (Varney, 2008).

(3) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0.5 – 1°C (Varney, 2008).

(4) Denyut jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat di bandingkan sebelum persalinan (Varney, 2008).

(5) Pernafasan

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang di anggap normal. Hiperventilasi yang lama di anggap tidak normal dan bias menyebabkan alkalosis (Varnye, 2008).

(6) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, mungkin di sebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan (Varnye, 2008).

(7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hamper berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau

muntah biasa terjadi samapai mencapai akhir kala I (Varney, 2008).

(8) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum (Varnye, 2008).

b) Perubahan psikologi kala I:

(1) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang akan ditanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk nenjadi seorang ibu (Varney, 2008).

(2) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang-orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya

lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu-ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat (Varney, 2008).

(3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi)

Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang dikandungnya (Varney, 2008).

(4) Support system

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri (Varney, 2008).

2) Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

a) Perubahan fisiologi pada kala II

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 samapai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan

tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mencedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

(2) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mencedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

(3) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mencedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

(4) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1oC (Varney, 2008).

(5) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

(6) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008).

(7) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

(8) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum

serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Varney, 2008). Kontraksi menjadi ekspulsif pada saat janin turun lebih jauh kedalam vagina. Tekanan dan bagian janin yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf di dasar pelvik (hal ini disebut reflek ferguson) dan ibu mengalami dorongan untuk mengejan. Refleks ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan diafragma (Varney, 2008).

(9) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih terdorong keatas kedalam abdomen tempat risiko cedera terhadap kendung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil. Dari posterior rektum menjadi rata dengan kurva sakrum, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi fekal residual. Otot levator anus berdilatasi, menipis, dan bergeser kearah lateral, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin menjadi

terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi, dan mundur diantara kontraksi sampai terjadinya crowning (Varney, 2008).

(10) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008).

b) Perubahan Psikologis pada Kala II

(1) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.

(2) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.

(3) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.

(4) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan “terasa lega”. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedan, yaitu exhaustion, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Ibu merasa dirinya stress dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

3) Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

a) Perubahan fisiologis pada kala III

(1) Perubahan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Maryunani, 2009). Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi.

Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

(2) Perubahan Serviks

Setelah selesainya kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonus nya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup (Maryunani, 2009).

(3) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan (Maryunani, 2009).

(4) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan sistolik dan distolik mulai kembali meningkat sebelum persalinan. Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhage uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

(5) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, nadi secara bertahap kembali meningkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007).

(6) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,5^{\circ}$. Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi

atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008).

(7) Perubahan Pernafasan

Pernapasan kembali normal, pada peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau ansietas. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

(8) Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan. Kenaikan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernafasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing.

(9) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

(10) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

(11) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

(12) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

b) Perubahan Psikologis pada Kala III

- (1) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- (2) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- (3) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- (4) Menaruh perhatian terhadap plasenta

4) Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

a) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

b) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan

terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

c) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servikvagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II. Memijat fundus

seperti memeras untuk mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan kemungkinan masuknya sel janin ke dalam sirkulasi ibu. Setelah kelahiran plasenta perhatian harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang dapat berasal dari tempat implantasi plasenta. Kontraksi uterus yang mengurangi perdarahan ini dapat dilakukan dengan pijat uterus dan penggunaan oksitosin. Dua puluh unit oksitosin rutin ditambahkan pada infus intravena setelah bayi dilahirkan. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya. Kalau pasien menghadapi perdarahan masa nifas (misalnya karena anemia, pemanjangan masa augmentasi, oksitosin pada persalinan, kehamilan kembar atau hidramnion) dapat diperlukan pembuangan plasenta secara manual, eksplorasi uterus secara manual atau kedua-duanya.

d) Pemantauan dan evaluasi lanjut

- (1) Pemantauan tanda-tanda vital
- (2) Kontraksi uterus harus baik
- (3) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- (4) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.

- (5) Kandung kencing harus kosong.
- (6) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- (7) Keadaan bayi.
- (8) Keadaan ibu.

2.1.10 Posisi-Posisi Pada Saat Meneran.

Posisi meneran adalah posisi yang nyaman bagi ibu bersalin, ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama kala II, karena hal ini seringkali mempercepat kemajuan persalinan. (Marmi,2011)

Tujuan posisi meneran dalam persalinan adalah (Marmi,2011) :

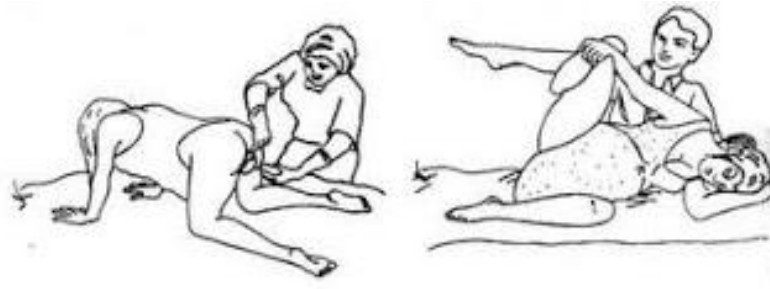
- 1. Memberi kenyamanan dalam proses persalinan.
- 2. Mempermudah dan memperlancar proses persalinan dan kelahiran bayi.
- 3. Mempercepat kemajuan persalinan.

Keuntungan dan manfaat posisi meneran bagi ibu bersalin (Marmi,2011) :

- 1. Mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan .
- 2. Lama kala II lebih pendek.
- 3. Laserasi perineum lebih sedikit.
- 4. Menghindari persalinan yang harus ditolongi dengan tindakan.

1) Posisi Miring atau Lateral.

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- 1 Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- 2 Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- 3 Mencegah terjadinya laserasi (Rohani, dkk, 2001).

2) Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

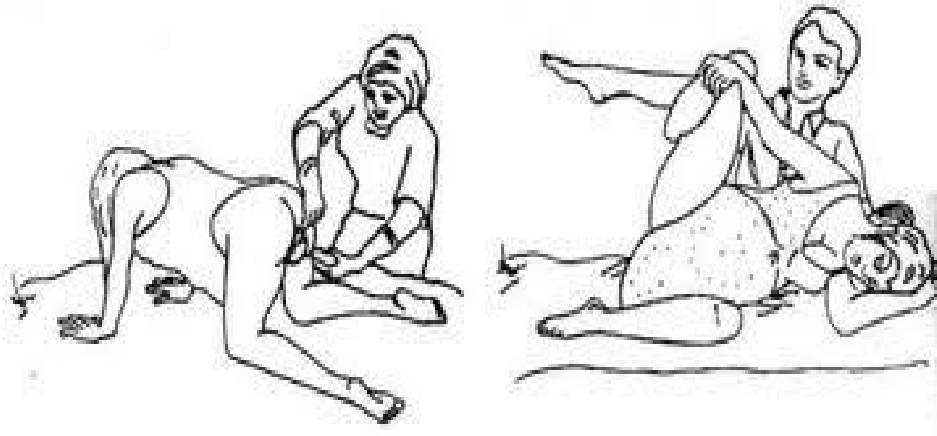
Keuntungan :

- 1 Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- 2 Persalinan lebih mudah.
- 3 Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- 4 Mengurangi trauma pada perineum. (Rohani, dkk, 2011).

3) Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia

mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Rohani, dkk, 2011)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Rohani, dkk, 2011).

4) Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk, 2011).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

1. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
2. Membuat ibu nyaman.
3. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

5) Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tar



Gambar 2.5: Posisi duduk atau setengah duduk.

Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

1. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
2. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
3. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011).

6) Posisi berdiri

Menurut Rohani (2011) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

1. Memanfaatkan gaya gravitasi.
2. Memudahkan melahirkan kepala.
3. Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani, dkk, 2011).

2.1.11 Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut (JNPK-KR, 2008)

Mempersiapkan ruangan untuk persalians dan kelahiran bayi.

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi dirumah (rumah ibu atau rumah kerabat), di tempat bidan, puskesmas, polindes dan rumah sakit. Pastikan ketersediaan dan sarana yang memadai.

Dimanapun kelahiran dan oersalinan bayi terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut ini:

- a. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik, dan terlindung dari tiupan angin.
- b. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c. Air desinfeksi tingkat tinggi, (air yang dididihkan dan didinginkan) untuk membersihkan vulva dan pirenium sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan pirenium ibu setelah bayi lahir.
- d. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain bersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lanyai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- e. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
- f. Tempat yang lapang untuk berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan. Pastikan ibu mendapat privasi yang diinginkan.
- g. Penerangan yang cukup baik siang maupun malam hari.

- h. Tempat tidur yang bersih untuk ibu,
 - i. Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir.
 - j. Meja yang bersih untuk tempat menaruh peralatan persalinan.
 - k. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
1. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Daftar perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi. Ketidakmampuan untuk menyiapkan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan esensial saat diperlukan akan menyebabkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

- A. Pada setiap kelahiran atau persalinan bayi:
 - 1) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan.
 - 2) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong ibu bersalin dan melahirkan bayinya.
 - 3) Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai.

2. Persiapan rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk kefasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

3. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarga atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakiti dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

1) Prinsip-prinsip asuhan sayang ibu adalah

- a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan serta bersiap dan bertindak tenang.
- b. Jawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau keluarganya .
- c. Anjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya.
- d. Waspadaai gejala dan tanda penyulit selama proses persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan.

e. Siap dengan rencana rujukan

2) Asuhan Sayang ibu selama persalinaan termasuk:

- a. Memberikan dukungan emosional.
- b. Membantu pengaturan posisi ibu.
- c. Memberikan cairan dan nutrisi.
- d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.
- e. Pencegahan infeksi.

3) Dukungan Emosional:

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. hargai keinginan ibu untuk menghindari teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya (Rohani, Dkk , 2011).

Bekerjasama dengan anggota keluarga untuk:

- a. Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian pada ibu.
- b. Membantu ibu bernafas secara benar pada saat kontraksi.
- c. Memijat punggung, kaki atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya.
- d. Menyeka muka ibu secara lembut dengan menggunakan kain yang dibasahi air hangat atau dingin.

e. Menciptakan suasana kekeluargaan dan merasa nyaman.

4) Mengatur posisi

Ajurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Beriahu ibu untuk tidak berbaringa terlentang selama 10 menit.

Alasan: jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya kan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu keplasenta.

5) Pemberian cairan dan nutrisi:

Anjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan. Alasan: makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama perslinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

6) Kamar mandi:

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih setidaknya setiap 2 jam, atau lebih seringa jika ibu merasa ada keinginan berkemih atau jika

kandung kemih terasa penuh. Anjurkan dan antarkan ibu untuk berkemih di kamar mandi. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, berikan wadah urin.

Hindarkan terjadinya kandung kemih yang penuh karena berpotensi untuk:

- a. Memperlambat turunnya janin dan mengganggu kemajuan persalinan.
- b. Menyebabkan ibu tidak nyaman.
- c. Meningkatkan resiko perdarahan infeksi persalinan yang disebabkan oleh antonia uteri.
- d. Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu.
- e. Meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.

7) Pencegahan infeksi:

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal yang penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini merupakan unsur penting dalam asuhan sayang ibu. Kepatuhan dalam menjalankan praktek-praktek pencegahan infeksi yang baik, juga akan melindungi penolong persalinan dan keluarga dari infeksi. Alasan: pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan ketrampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

4. Persiapan Alat/Bahan.

(JPNK-KR, 2007).

SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½,
ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) Spuit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs
- e) Jarum Catgut Chromic : 1
- f) Kom Kapas Kering
- g) Kom Air DTT
- h) Betadine.
- i) Klorin Spray
- j) Hand Sanitizer
- k) Bengkok : 2
- l) Lampu sorot : 1
- m) Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT.
- n) Pita ukur
- o) Salep mata.

SAFF 2

- a) Hecting set
- b) Penghisap lender
- c) Tempat plasenta

- d) Tempat klorin untuk sarung tangan
- e) Tempat spuit bekas
- f) Tempat ampul bekas
- g) Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1/1/1

SAFF 3

- a) Cairan RL : 3
- b) Abbocath No. 16-18
- c) Infuse set
- d) Celemek
- e) Waslap
- f) Sarung tangan steril
- g) Plastik merah
- h) Plastik kuning
- i) Plastik hitam
- j) Handuk
- k) Duk
- l) Kain bedong
- m) Baju/topi/popok bayi
- n) Kacamata
- o) Masker.

5. Pemantauan Persalinan Menurut Asuhan Persalinan Normal

KALA I

1. Menanyakan riwayat kehamilan ibu secara lengkap.

2. Melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap (dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah, denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi dan apakah ketuban pecah).
3. Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai kebutuhan. Dalam keadaan normal periksa dalam cukup setiap 4 jam sekali dan harus selalu secara aseptik.
4. Memantau dan mencatat denyut jantung janin sedikitnya setiap 30 menit selama proses persalinan, jika ada tanda-tanda gawat janin (DJJ kurang dari 100 kali/menit atau lebih dari 180 kali/menit) harus dilakukan setiap 15 menit, DJJ harus didengarkan selama dan segera setelah kontraksi uterus. Jika ada tanda-tanda gawat janin bidan harus mempersiapkan rujukan kefasilitas yang memadai.
5. Catat semua temuan dan pemeriksaan fase laten persalinan pada kartu ibu dan catatan kemajuan persalinan. Ibu harus dievaluasi sedikitnya setiap 4 jam, lebih sering jika ada indikasi. Catatan harus selalu memasukkan DJJ, periksa dalam, pecahnya ketuban, perdarahan/cairan vagina, kontraksi uterus, TTV, urine, minuman, obat-obat yang diberikan, dan informasi yang berkaitan serta semua perawatan yang diberikan.
6. Mengijinkan ibu untuk memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan menganjurkan

suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.

7. Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan menganjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
8. Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi dan menganjurkan anggota keluarga untuk sesering mungkin menawarkan makanan ringan dan minuman selama proses persalinan.
9. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama proses persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh.

KALA II

10. Mengamati tanda dan gejala kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
11. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan

menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.

12. Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk yang bersih.
13. Memakai alat pelindung diri secara lengkap (topi, kacamata, masker, celemek, sarung tangan dan sepatu bot).
14. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT) dan meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminasi tabung suntik.
15. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
16. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam.
17. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya

dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

18. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
19. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
20. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada kontraksi, bantu ibu berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
21. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. jika ibu berbaring miring, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada.
22. Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran dan tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.
23. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak-puncak kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

24. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi dan letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
25. Membuka partus set dan memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
26. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.
27. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.
28. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.

29. Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan ke arah luar hingga bahu depan melewati shimpisis, setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dilahirkan.
30. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.
31. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan yang lainnya.
32. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia segera lakukan resusitasi.

33. Segera keringkan dan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

KALA III

34. Memastikan bahwa tidak ada bayi lain didalam uterus.
35. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin
36. Segera (dalam satu menit setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
37. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
38. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
39. Mengeringkan bayi secara seksama, memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
40. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
41. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu (beralaskan kain) tepat diatas shimpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Memegang tali pusat dengan klem dengan tangan yang lain.

42. Menunggu uterus berkontraksi dan setelah terjadi kontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan dengan lembut. Dan tangan yang lain melakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial).
43. Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan tangan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir).
44. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan kedalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.
45. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
46. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :
 1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
 2. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan secara rileks.

3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

47. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.

1. Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang)
2. Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
3. Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata).
4. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.

48. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

KALA IV

49. Sangat penting untuk menilai keadaan ibu beberapa kali selama dua jam pertama setelah persalinan. Berada bersama ibu dan melakukan setiap pemeriksaan, jangan pernah meninggalkan ibu sendirian sampai paling sedikit 2 jam setelah persalinan dan kondisi ibu stabil.

50. Melakukan penilaian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus tidak teraba keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar dapat berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan perdarahan dari tempat perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.
51. Periksa tekanan darah dan nadi ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan.
52. Lakukan palpasi kandung kemih ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan dan kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Bila kandung kemih ibu penuh dan meregang, mintalah ibu untuk BAK, jangan memasang kateter kecuali ibu tidak bisa melakukannya sendiri. Mintalah ibu untuk BAK dalam 2 jam pertama sesudah melahirkan.
53. menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih.
56. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% , membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Dokumentasi : melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

2.1.12 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan (JPNK-KR, 2007).

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV. Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh

informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan antenatal yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf. Isi dari partograf antara lain:

1) Informasi tentang ibu

- a) Nama dan umur; b) Gravidita, para, abortus.; c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas; d) Tanggal dan waktu mulai dirawat; e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi janin:

- a) Denyut jantung janin; b) Warna dan adanya air ketuban; c) Penyusutan (molase) kepala janin.

3) Kemajuan persalinan

- a) Pembukaan serviks;

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dalam bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap penemuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks

- b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin;

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dalam bagian

pemeriksaan fisik setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih (jika ditemukan tanda-tanda penyulit). Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawa janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks telah diikuti dengan turunnya bagian terbawa janin.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif harus dimulai dari garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah pada sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, serviks kaku, atau inersia uteri hipotonik, dll). Garis bertindak tertara sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 cm) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui (Varnye, 2008).

4) Waktu dan jam

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.

Dibagian bawah partograf (pembukaan servikas dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

Di bawah lajur kotak untuk mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak dengan waktu 30 menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks, DJJ dibagian atas dan lajur kontraksi dan nadi ibu di bagian bawah.

5) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat 5 kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menentukan 1 kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

6) Obat-obat yang diberikan

a) Oksitosin

b) Obat-obatan lain yang diberikan.

7) Kondisi ibu

a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Nilai dan catat temperatur tubuh ibu untuk kotak yang sesuai. Ibu setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

b) Urin (volume, aseton atau protein).

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup: jumlah cairan per oral yang diberikan, keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan kabur), konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (obgin, bidan, dokter umum), persiapan

sebelum melakukan rujukan, upaya, jenis dan lokasi fasilitas rujukan.

Adapun Cara pengisian partograf yaitu Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 1) Denyut jantung janin : setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit.
- 3) Nadi : setiap 30 menit.
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin (2– 4 Jam), aseton dan protein : sekali

2.2. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

2.2.1 Defenisi

Menurut DepKes RI (2002), dalam perbaikan gizi makro menyatakan bahwa kurang energi kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu, Kekurangan Energi Kronik (KEK) dapat terjadi pada Wanita Usia Subur (WUS) dan pada ibu hamil (Bumil).

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah salah satu keadaan malnutrisi, malnutrisi adalah keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara relatif atau absolut satu atau lebih zat gizi (Supriasa, 2002).

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun, dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm (Depkes, 2007).

2.2.2 Etiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi ialah

1. Faktor Sosial Ekonomi

a. Pendapatan

Tingkat pendapatan ibu dapat menentukan pola makanan, orang dengan tingkat ekonomi rendah biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatan untuk makanan, sedangkan dengan tingkat ekonomi yang tinggi, akan berkurang belanja dengan makanan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas hidangan. Semakin banyak memiliki uang berarti semakin baik makanan yang diperoleh, dengan kata lain semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula presentasi dari penghasilan tersebut untuk membeli buah, sayuran dan jenis makanan lainnya.

b. Pendidikan Ibu

Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizinya karena dengan tingkat pendidikan tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang gizi yang dimiliki menjadi lebih baik.

c. Faktor pola Konsumsi

Pola makanan masyarakat Indonesia pada umumnya mengandung sumber besi heme (hewani), yang rendah dan tinggi sumber besi nonheme (nabati), menu makanan juga banyak mengandung serat yang merupakan faktor penghambat penyerapan besi (Departemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007).

d. Faktor perilaku

Kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, pada umumnya wanita lebih memberikan perhatian khusus pada kepla keluarga dan anak-anaknya. Ibu hamil harus mengkonsumsi kalori paling sedikit 3000 kalori/hari jika ibu tidak punya kebiasaan buruk seperti merokok, pecandu dan sebagainya, makanstatus gizi bayi yang kelak dilahirkannya juga baik dan sebaliknya (arisman, 2007)

2. Faktor Biologis

a. Usia ibu hamil

Melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin atau anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004). Karena pada ibu

yang terlalu muda atau kurang dari 20 tahun dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, sehingga diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik.

b. Jarak Kehamilan

Ibu dikatakan terlalu sering melahirkan bila jaraknya kurang dari 2 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa apabila keluarga dapat mengatur jarak antara kelahiran anaknya lebih dari 2 tahun maka anak akan mengalami probabilitas hidup lebih tinggi dan kondisi anaknya lebih sehat dibanding anak dengan jarak kelahiran dibawah 2 tahun (Aguswilopo, 2004). Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin atau anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004).

c. Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Mochtar, 2007). Paritas diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Primipara adalah: seorang wanita yang pernah melahirkan 1 kali, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir

- 2) Multipara adalah: seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas.
- 3) Grande Multipara adalah: seorang wanita yang telah mengalami lima atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas. Kehamilan dengan jarak pendek dengan kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun atau kehamilan yang terlalu sering dapat menyebabkan gizi kurang karena dapat menguras cadangan zat gizi tubuh serta organ reproduksi belum kembali sempurna seperti sebelum masa kehamilan (Depertemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007).
- 4) Berat Badan Selama Hamil

Berat badan yang lebih ataupun yang kurang dari berat badan rata-rata untuk umur tertentu merupakan faktor untuk menentukan jumlah zat makanan yang harus diberikan agar kehamilannya berjalan dengan lancar. Di negara maju pertambahan berat badan selama hamil sekita 12-14 kg. Jika ibu kekurangan gizi pertambahannya hanya 7-8 kg dengan akibat akan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Erna, dkk, 2004).

2.2.3 Etiologi

1. Dampak Yang Ditimbulkan

a. Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu dan antara lain: anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Sehingga akan meningkatkan kematian ibu (Zulhaida, 2003).

b. Persalinan

Perubahan gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit atau lama, persalinan premature/ sebelum waktunya, perdarahan post partum, serta persalinan dengan tindakan operasi cesaria cenderung meningkat (Zulhaida, 2003).

c. Janin

Kurang gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, asfiksia intra partum, lahir dengan berat badan rendah (BBLR) (Zulhaida, 2003).

2.3. Konsep Asuhan Kebidanan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Persalinan Normal

2.3.1 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan (Asri, Dwi 2012. Asuhan Persalinan Normal).

1. Langkah I : Pengkajian.

Sesuai dengan varney (2007), langkah pertama yang dilakukan yaitu pengumpulan data yang meliputi data subjektif dan data objektif, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan lab. Informasi ini didapat dari pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan, serta didapat dari pemeriksaan fisik, langsung terhadap pasien.

1) Data subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari hasil wawancara atau anmnese secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lain. Data subyektif ini mencakup semua keluhan-keluhandari klien terhadap masalah kesehatan yang lain. Dalam hasil anamnese terhadap klien tentang maslah kesehatan yang dialami meliputi hal-hal berikut:

1. Biodata berisi tentang identitas klien beserta suaminya yang meliputi:

Nama : harus jelas dan lengkap, untuk mengetahui identitas pasien.

Umur : usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi/resiko tinggi.

Agama : ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien. Dengan diketahui agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan didalam melakukan asuhan kebidanan.

Pendapatan: Tingkat pendapatan ibu dapat menentukan pola makanan, orang dengan tingkat ekonomi rendah biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatan untuk makanan, sedangkan dengan tingkat ekonomi yang tinggi, akan berkurang belanja dengan makanan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas hidangan. Semakin banyak memiliki uang berarti semakin baik makanan yang diperoleh, dengan kata lain semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula presentasi dari penghasilan tersebut untuk membeli buah, sayuran dan jenis makanan lainnya.

Pendidikan Ibu: Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizinya karena dengan tingkat pendidikan tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang gizi yang dimiliki menjadi lebih baik.

Faktor pola Konsumsi: Pola makanan masyarakat Indonesia pada umumnya mengandung sumber besi heme (hewani), yang rendah dan tinggi sumber besi nonheme (nabati), menu makanan juga banyak mengandung serat yang merupakan faktor penghambat penyerapan besi (Departemen Gizi dan Kesmas FKMUI, 2007).

Faktor perilaku: Kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, pada umumnya wanita lebih memberikan perhatian khusus pada kepla keluarga dan anak-anaknya. Ibu hamil harus mengkonsumsi kalori paling sedikit 3000 kalori/hari jika ibu tidak punya kebiasaan buruk seperti merokok, pecandu dan sebagainya, makanstatus gizi bayi yang kelak dilahirkannya juga baik dan sebaliknya (arisman, 2007)

Alamat : ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan keadaan mendesak. Bidan juga bisa mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya.

2. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui prihal yang mendorong klien datang ke bidan. Menanyakan tentang keluhan ibu agar dapat menegakan diagnosa berdasarkan keluhan yang disampaikan klien. Keluhan utama pada ibu bersalin adalah:

mules pada perut dan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah. Keluar lendir bercampur darah.

3. Riwayat kesehatan

a) Riwayat penyakit sekarang

Yang perlu ditanyakan adalah apakah saat ini klien menderita suatu penyakit, kapan dan apakah sudah diperiksa oleh petugas, bila sudah kapan, sudah mendapatkan obat atau belum, apa obatnya dan bagaimana hasilnya.

b) Riwayat penyakit yang lalu.

Ditanyakan apakah klien menderita penyakit seperti kardiovaskuler/jantung, malaria hepatitis, penyakit kelamin/HIV/AIDS, asma, TBC, diabetes, hipertensi, apakah ada keturunan kembar atau tidak.

4. Riwayat haid

- a. Umur menarche, Siklus menstruasi Teratur atau tidak menstruasinya, Lama menstruasi, Banyaknya darah, Pernah dismenorhea atau tidak.
- b. Hari pertama haid terakhir untuk menentukan umur kehamilan
- c. Tafsiran partus (TP) merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan, apakah persalinan cukup bulan atau premature, dan kemungkinan

komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan (Varney, 2007).

5. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Apakah ada masalah kehamilan dan persalinan, berapa berat bayi paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu? Lama persalinan sebelumnya: merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kala ini, komplikasi kelahiran: untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran dan postpartum, ukuran bayi terbesar. Yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan untuk kelahiran panggul saat ini.

No	Tgl/bln /thn Melahir kan	Jenis persalinan	Uk	Penolong	Keadaan bayi LH/LM/M	JK	BB/ PB	Ket

6. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

Masalah selama kehamilan, mulai kontraksi, gerakan janin: untuk mengkaji kesejahteraan janin, ketuban utuh atau sudah pecah: merupakan tanda menjelang persalinan dan merupakan tanda disposisi menyebabkan peningkatan resiko intrauterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

7. Riwayat perkawinan.

Ditanyakan kawin berapa kali, umur/lama perkawinan, jarak perkawinan dengan kehamilan, perkawinan diusia muda, yaitu sekkitar usia menarche resiko melahirkan BBLR sekitar 2 kali lipat dalam dua tahun setelah menarche, disamping itu akan terjadi kompetensi makanan antara ibu dan janinnya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan.

8. Riwayat psikologi.

Pengkajian psikologi ini membntu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, kebutuhan akan penidikan, sistem pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, dan keadaan tempat tinggal, serta pekerjaan ibu setiap hari yang berat, pekerjaan yang baik utnuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang tidak membuat ibu capek.

9. Perilaku kesehatan

- a) Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.
- b) Komsumsi alkohol telah dihubungkan dengan seficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bida mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol.

10. Pola nutrisi

Bagaimana asupan nutrisi dari pasien berapa kali ia makan dan minum, menunya apa saja selama hamil dan sesudah melahirkan. Masalah yang dirasakan atau tidak.

11. Pola eliminasi

Berapakah ibu BAK atau BAB, bagaimana warna dan konsistensinya selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan atau tidak.

12. Pola istirahat

Bagaimana pola istirahat ibu selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan baik atau tidak.

13. Pola aktifitas

Bagaimana kegiatan ibu selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan atau tidak. Aktifitas yang berat atau mempengaruhi posisi janin.

14. Personale hygiene

Ibu mandi, gosok gigi berapa kali dalam sehari, keramas berapa kali dalam seminggu, ganti baju dan celana dalam berapa kali dalam sehari selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

2). Data obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan-pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

a. Pemeriksaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: lemah, pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia tidak atau kurang memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. (sulistiawati, 2010).

- a) Tingkat kesadaran: untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu apakah composmentis, apatis atau samnolen. Kesadaran iu setelah post operasi adalah composmentis.
- b) Tekanan darah: untuk mengetahui atau mengukur tekanan darah. Batas normal tekanan darah antara 90/60 smapi 13/90 mmHg.
- c) Suhu: untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal, 360c smpai 370c (saifudin, 2005).
- d) Nadi: untuk mengetahui denyut nadi pasien sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat 60-90 x/menit.

e) Respirasi: untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang di hitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada postpartum cenderung lebih cepat yaitu 16-26 x/menit (safuddin, 2005).

b. Pemeriksaan fisik.

Kepala : normal atau tidak, ada luka atau benjolan, rambut keriting, lurus atau bergelombang, kulit kepala bersih atau tidak, ketombe atau tidak, rontok atau tidak.

Wajah : pucat atau tidak, oeema atau tidak.

Mata : simetris atau tidak, conjungtiva merah muda atau tidak, sclera putih atau ikterik.

Hidung : ada pernapasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada polip atau tidak, ada secret atau tidak.

Gigi dan mulut: mucosa bibir lembab atau kering, ada caries atau tidak, ada stomatitis atau tidak, ada gigi palsu atau tidak.

Telinga : simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada serumen atau tidak.

Leher : ada pembesaran kelenjar thyroid, pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar limphe atau tidak.

Dada : payudara simetris atau tidak, bersih atau tidak, menonjol atau tidak, ada hyperpigmentasi area mammae atau tidak, ada bekas luka atau tidak, colosteruma ada atau tidak.

Abdomen : ada bekas luka operasi atau tidak, ada pembesaran abdomen atau tidak, ada linea nigra atau tidak, ada striae albicans atau tidak.

Genitalia dan anus: warna vulva dan vagina, ada luka atau tidak, ada varices dan oedema atau tidak, haemoroid ada atau tidak.

Palpasi

Leher : ada pembesaran kelenjar limfe, pembengkakan kelenjar thyroid, pembendungan vena jugularis atau tidak.

Dada : simetris atau tidak.

Mammae : simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, areola hyperpigmentasi dan ada colosterum atau tidak.

Abdomen :

- a) Leopold 1: untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat pada fundus,
- b) Leopold II: untuk menentukan dimana letak punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.
- c) Leopold III: untuk menentukan bagian terendah janin.
- d) Leopold IV: untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

MC Donald dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus. Jika kepala sudah masuk PAP (Divergen) TFU-11x155 dan kepala belum masuk PAP (Convergen) TFU-12x155.

Ekstremitas : apakah ibu mempunyai cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal.

VT: Vulva Vagina: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan menyebabkan perdarahan pada saat persalinan. Apakah ada massa termasuk kondilomatalata, luka, luka parut diperineum, menilai cairan divagina, apakah ada luka parut divagina, menilai pembukaan dan menipisnya serviks pastikan tidak ada bagian yang menumbung. Menilai penurunan bagian terbawah janin dan seberapa masuk dalam rongga panggul.

Anus : hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

Perkusi :

Reflek patella: +/+ atau -/-.

Pemeriksaan menunjang

Laboratorium:

HB : berapa kadar Hb (gr%).

Albumin : terdapat albumin atau tidak didalam urin.

Reduksi : terdapat glukosa atau tidak didalam urin

2. Langkah II : Analisa Masalah Dan Diagnose

Mencari hubungan antara data atau fakta yang ada untuk menentukan sebab akibat, menentukan masalah dan diagnose, menentukan penyebab utama.

pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan (tresnawati, 2012). Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa, tetapi membutuhkan rencana yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan pada persalinan adalah: ibu G...P...A...AH...UK...minggu, janin tunggal/gemili, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, preentasi kepala/bokong/bahu. Inpartu kala...dengan...sesuai dengan hasil pengkajian, oleh karena itu, diagnosan kebidanan

Diagnosa aktual yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yaitu : ny. E. L. M hamil anak kedua, pernah melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang, UK 39 minggu + 5 hari, janin

tunggal hidup, letak kepala, intruterin, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

3. Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Diagnosa potensial ditegakkan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin. Pada masalah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Diagnosa yang mungkin terjadi adalah infeksi nifas, perdarahan (Wiknjosastro,2008).

Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan terjadi infeksi, perpanjangan fase aktif, perdarahan, hipertensi, persalinan macet, pusing yang berlebihan, penglihatan kabur.

Kebutuhan: memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan masalah yang dihadapi ibu sekarang, yaitu memberikan informasi tentang gangguan rasa nyaman yang dirasakan ibu.

4. Langkah IV : Tindakan Segera

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus–menerus bersama ibu. Data yang mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (varney, 2007). Antisipasi yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SPOG. Pada langkah antisipasi ini dilakukan pengidentifikasi tindakan segera dari bidan untuk dikonsultasikan kepada dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Langkah V : Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

- a. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan
- b. Libatkan keluarga dalam proses persalinan.
R/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.

- c. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi
R/ Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.
- d. anjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut,
R/ mengurangi rasa nyeri yang menjalar ke syaraf.
- e. Ajarkan ibu posisi meneran yang baik dan benar.
R/ membantu ibu disaat pembukaan lengkap
- f. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
R/ Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu.
- g. Observasi TTV, DJJ, Dan His.
R/ sebagai indicator untuk dapat mengindikasi tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi.
- h. Anjurkan ibu untuk menjaga agar kandung kemihnya agar tetap kosong
R/ kandung kemih yang penuh dapat menghambat kontraksi uterus.
- i. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
R/ Tidur miring mengurangi tekanan pada venacava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O2 dari ibu ke janin
- j. Anjurkan ibu untuk berjalan-jalan dieskitar ruangan

R/ memacu gaya gravitasi sehingga mempercepat penurunan kepala janin.

- k. Siapkan alat dan bahan sesuai saff.

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan.

- l. Observasi persalinan melalui partograf

R/ Partograf sebagai alat tindakan untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya, menurut Rohani (2010), Selanjutnya, rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Di dalam teori melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

- a. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- b. Melibatkan keluarga dalam proses persalinan.
- c. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi.

- d. Mengajarkan ibu untuk menarik nafas panjang melalui hidung dan melepaskannya perlahan-lahan melalui mulut.
- e. Mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan benar.
- f. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
- g. Mengobservasi TTV, DJJ, Dan His.
- h. Mengajarkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
- i. Mengajarkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
- j. Mengajarkan ibu untuk berjalan-jalan disekitar ruangan
- k. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff.
- l. Mengobservasi persalinan melalui partograf

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilakukan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan (Tresnawati, 2012).

Dari perencanaan dan monitoring yang menjelaskan bahwa ibu harus berjalan-jalan untuk mempercepat proses persalinan

didapatkan bahwa ibu tidak kooperatif dengan anjuran yang diberikan sehingga menyebabkan berkurangnya kontraksi dan menyebabkan lamanya kala 1 fase aktif berlangsung selama kurang lebih 10 jam.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sugiyono, 2011). Penelitian kualitatif dalam studi kasus ini menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny, E. L. M umur 27 tahun dengan Persalinan Normal di Rumah Bersalin Puskesmas Sikumana.

Studi kasus adalah suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integrative dan komprehensif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat terselesaikan dan memperoleh perkembangan diri yang baik (susilo rahardjo, dkk, 2010).

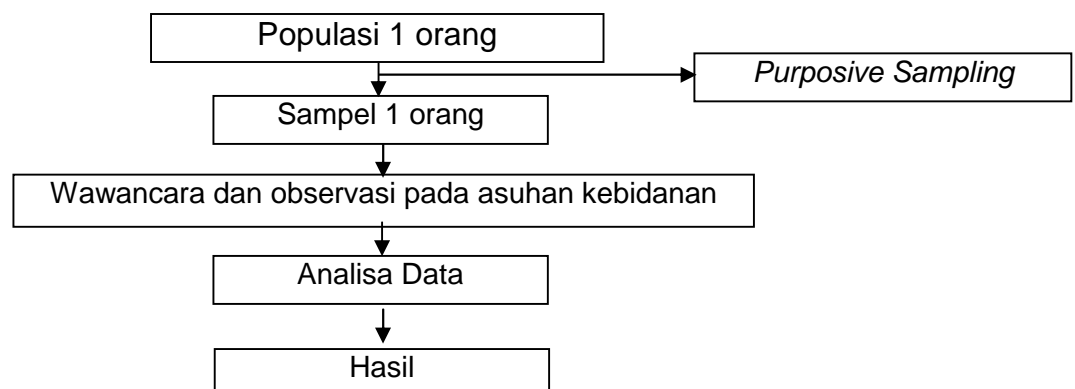
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam satu penelitian

(Sugiyono, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis bagi dari segi yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Sugiyono, 2011). Dalam studi kasus ini variabel penelitian yaitu asuhan persalinan normal. (Prawirohardjo, 2009).

3.2 Kerangka kerja (Frame Work)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Sugiyono, 2011).



Gambar 3.1 Kerangka Kerja (Frame Work)

3.3 Sampel dan Informant

3.3.1 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Sugiyono, 2011). Kriteria inklusinya adalah pasien yang bersedia menjadi responden yaitu pasien Inpartu.

3.3.2 Informant

Informant dalam penelitian adalah orang atau pelaku yang benar-benar tahu atau menguasai masalah, serta terlibat langsung dalam masalah penelitian. Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif, maka peneliti sangat erat kaitannya, dengan faktor-faktor kontekstual, jadi dalam hal ini sampling dijangkau sebanyak mungkin informasi dari berbagai sumber. Maksud kedua dari informan adalah untuk menggali informasi yang menjadi dasar dan rancangan teori yang dibangun.

3.4 Pengumpulan Data

3.4.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan

dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2011). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan kebidanan pada ginekologi.

3.4.2 Proses pengumpulan data

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Puskesmas Sikumana dan Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan informed consent. Setelah mendapatkan persetujuan dari responden peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Data yang didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3 Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan tahap penting dalam proses penelitian. Data yang tepat maka proses penelitian akan berlangsung sampai peneliti menemukan jawaban dari rumusan masalah. Berdasarkan cara memperolehnya, data dibagi menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder (Sugiyono, 2011).

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari subyek atau obyek penelitian, melalui wawancara dan observasi pada perorangan maupun organisasi (Sugiyono, 2011). Data primer didapatkan dari proses pengkajian data yang terdiri dari

pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat tidak secara langsung dari objek penelitian (Sugiyono, 2011). Data sekunder dapat diperoleh dari :

1) Dokumentasi

Dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen resmi maupun tidak resmi, dokumen resmi dibawah tanggung jawab instansi resmi, misalnya laporan, catatan-catatan di dalam kartu klinik, sedangkan tidak resmi adalah bentuk dokumen di bawah tanggung jawab instansi tidak resmi, seperti biografi, catatan harian (Sugiyono, 2011).

2) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah memperoleh berbagai informasi baik berupa teori-teori, generalisasi, maupun konsep yang dikembangkan oleh berbagai ahli dari buku-buku sumber yang ada.

3.4.4 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian yang terdiri dari data subjektif dan objektif.

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk

mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara langsung dari responden (Sugiyono, 2011). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

3.4.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Sugiyono, 2011). Studi kasus ini dilaksanakan di Rumah Bersalin Puskesmas Sikumana tanggal 23-1-2016.

3.5 Analisa Data

3.5.1 Pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Untuk memperoleh data subjektif dilakukan dengan cara anamnese, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

3.5.2 Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah spesifik. Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan.

3.5.3 Identifikasi Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

- a. Menidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang membutuhkan tindakan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasi dan ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien. tindakan segera yang dilakukan dalam kasus ini adalah kolaborasi dengan dokter bedah untuk mendapatkan antibiotik pre operasi.

- b. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi. Penyusunan rencana disesuaikan dengan teori yaitu manajemen preoperasi dan libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologi, observasi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital dan ajarkan ibu untuk teknik relaksasi, menjaga personal higiene, melakukan kolaborasi untuk mendapatkan terapi.

c. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan bisa juga dilaksanakan oleh tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

3.5.4 Evaluasi

Langkah ini dilakukan evaluasi dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi memenuhi kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan.

3.6 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

3.6.1 Lembar persetujuan (informed consent)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan

tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika respon den tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain partisipas ipasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Sugiyono, 2011).

3.6.2 Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Sugiyono, 2011).

3.6.3 Kerahasiaan (confedentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Sugiyono, 2011).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

4.1.1 HASIL PENELITIAN

A. Pengkajian

Dilakukan pada tanggal 23 Januari 2016 jam 14.50. Wita pada Ny. E. L. M, umur 29 tahun, Nama Suami Tn. A. D. T umur 25 Tahun, Agama Katolik, Suku: Larantuka, Pendidikan ibu SMU, ibu pekerjaan IRT, Pendidikan suami S1, Pekerjaan Wirasuasta Penghasilan Rp. 2.000.000, Alamat Rumah: Oelomi No. Hp: 082240911411 Jam 14.50 Ibu datang di klinik bersalin Puskesmas Sikumana. Hasil penelitian terbagi atas:

1). Data Subyektif

Ibu mengatakan hamil anak kedua, pergerakan janin dirasakan pada umur kehamilan 4 bulan, HPHT 20-04-2015. Keluhan utama: nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang sejak jam 03.00 Wita. Riwayat Menstruasi Menarche: 13 thn, Siklus: 28 hari, Lama: 3-4 hari, Warna: Merah, HPHT 20-04-2015. Riwayat Perkawinan, Status Perkawinan Belum Sah, Riwayat Kehamilan Sekarang, Klien mengatakan bahwa kehamilan ini adalah kehamilan yang ke 2 dengan usia kehamilan 9 bulan, dengan keluhan pada: Trimester I

mual, Trimester II tidak ada keluhan, Trimester III nyeri pinggang, Riwayat ANC : Puskesmas Sikumana. Tempat: Puskesmas Sikumana Sebanyak: 7 kali, Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan seperti: Jantung, PHS/HIV/AIDS, Hipertensi, Hepatitis tidak pernah. Tidak pernah Operasi, Malaria tidak pernah, Keadaan Psikososial: ibu dan keluarga senang akan kehamilan ini, Beban Kerja: sapu, mencuci, memasak. Jenis kelamin yang diharapkan laki-laki, Pengambilan keputusan Suami, Perilaku Kesehatan Merokok tidak pernah, Miras tidak pernah, Obat terlarang, tidak pernah, Minum Kopi, tidak pernah. Riwayat latar belakang budaya, Kebiasaan melahirkan ditolong oleh Bidan, Pantangan Makanan tidak ada, Kepercayaan dengan persalinan tidak ada, Kepercayaan berhubungan nifas tidak ada. Riwayat seksual Apakah ada perubahan pada hubungan seksual tidak melakukan hubungan seks. Pola makan, Jenis Makanan Pokok Nasi Porsi 1 Piring, Frekuensi makanan 3-4 x sehari, Lauk-Pauk daging, ikan, sayur, tahu dan tempe, Minum susu dan air putih, Pola eliminasi BAK, Frekuensi, 3-4 x/hari Warna Kuning, Bau Khas amoniak Keluhan, tak ada, BAB, Frekuensi 1 x/perhari, Warna Kuning Bau Khas Feces, Keluhan tak ada. Riwayat pola istirahat, Tidur Siang 1-2 Jam, Tidur Malam 7-8 Jam Keluhan tidak ada. Riwayat kebersihan diri. Mandi 2 x

/hari. Sikat Gigi 2 x /hari, Keramas rambut 3 x /minggu, Ganti pakaian luar dan dalam:2 x /hari. Perawatan payudara saat mandi pagi dan sore.

2). Data Objektif.

Pemeriksaan Umum Keadaan Umum: Baik, Kesadaran compos mentis, Bentuk Tubuh Lordosis, Ekspresi Wajah merintih kesakitan, Tanda Vital TD: 110/60 mmHg, Nadi:80x/menit, Suhu 36,6 °C, RR: 20 x/menit, TB: 150 cm, BB: 51 kg, LILA 23 cm. Pada pemeriksaan fisik Inspeksi:Wajah tidak odema, Konjungtiva merah muda, Sklera putih, Mulut, Mukosa bibir lembab,tidak ada stomatitis,tidak ada Karies gigi, Tidak ada Bendungan vena jugularis,tidak ada pembesaran kelenjar lymfe dan kelenjar tyroid , Dada simetris, Payudara: bersih, Areola mammae ada hiperpigmentasi.Puting susu: menonjol, Perut Striae albican, Linea nigra,tidak ada Bekas Op/SC, Genetalia, Vulva Dan Vagina:tidak oedem, tidak ada condyloma lata, Keluaran, lendir darah, Anus tidak ada Hemorhoid, Ekstrtemitas tidak oedem dan tidak varises.

Pada pemeriksaan Palpasi, Leher:Tidak ada :Bendungan vena jugularis, Pembesaran kelenjar lymfe ,Pembengkakan kelenjar tyroid. Payudara: Massa tidak ada, Colostrum, sudah keluar, Abdomen, Leopold I: TFU 2 jari bawah prosesus xipodeus, pada fundus teraba bundar, lunak, dan tidak melenting

(bokong), Leopold II: pada bagian kiri perut ibu teraba keras datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin Leopold III: pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk PAP Leopold IV: divergen, penurunan kepala 2/5, HIS 3 x dalam 10 menit, durasi 30-35 detik, Auskultasi DJJ 141 x/mnt, Terdengar jelas dipunctum proximum kanan. Perkusi Reflek Patella ka/ki: +/+. Pemeriksaan Dalam Tanggal: 23-01-2016, Jam: 15.00 Wita Oleh: Bidan, Vulva/vagina: tak ada kelainan, Portio: lunak, Pembukaan 4 Cm, Kantong Ketuban: utuh (+), Bagian terendah: Kepala, Posisi: kanan depan, Molase 0, Turun hodge II-III 2/5, Pemeriksaan Laboratorium: tidak dilakukan Pemeriksaan Khusus tidak dilakukan.

B. Analisa masalah dan diagnosa

Analisa masalah pada ibu E. L. M G2 P1 A0 AH1 uk 39 minggu 5 hari, janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir normal dan janin baik. Inpartu kala I fase aktif. Data pendukung subjektif Ibu mengatakan hamil anak ke 2 pergerakan janin masih dirasakan dalam 24 jam terakhir sebanyak ± 10 x dan ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 03. 00 Wita (23-01-2015). HPHT: 20-04-2015.

Data penunjang objektif Pemeriksaan Umum Keadaan Umum Baik, Kesadaran composmentis, Bentuk Tubuh Lordosis, Ekspresi Wajah Merintih Kesakitan, Tanda Vital TD: 110/60 mmHg, Nad: 80x/menit, Suhu 36,6 °C, RR: 19 x/menit, TB: 150 cm, BB: 51 kg, LILA 23 cm. Pada pemeriksaan fisik Inspeksi Muka Oedem tidak Pucat, Mata: Konjungtiva merah muda Sklera putih, Mulut, Mukosa bibir lembab Stomatitis tidak, Karies gigi tidak, Leher: tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada Pembesaran kelenjar lymfe dan tidak Pembesaran kelenjar tyroid tidak. Dada: simetris, Payudara, bersih, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu menonjol, Perut Striae albican, Linea nigra, Bekas Op/SC tidak, Genetalia, Vulva Dan Vagina tidak oedem, tidak ada condyloma lata, Keluaran, lendir darah, Anus Hemorhoid tidak Ekstremitas tidak oedem dan tidak varises Pada pemeriksaan Palpasi, Leher: tidak ada bendungan vena jugularis tidak, tidak ada pembesaran kelenjar lymfe, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid Payudara: tidak ada massa, Colostrum sudah keluar, Abdomen Leopold I: TFU 2jari bawah prosesus xipodeus pada fundus teraba bundar, lunak, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: pada bagian kiri perut ibu teraba keras datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin Leopold, III: pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk PAP. Leopod IV: divergen.

Penurunan 2/5. HIS 3 x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik. Auskultasi DJJ141 x/menit, Terdengar jelas dipunctum proximum kanan. Perkusi Reflek Patella: ka/ki: +/- . Pemeriksaan Dalam Tanggal : 23-01-2016, Jam: 15.00 Wita Oleh: Bidan, Vulva/ vagina: tak ada kelainan, portio lunak, pembukaan 4 Cm, kantong ketuban utuh (+), bagian terendah: kepala, petunjuk uuk kiri depan, molase 0, Turun hodge II-III.

C. Antisipasi masalahpotensial

Atonia uteri dan partus Lama

D. Tindakan segera

Menganjurkan Ibu untuk melakukan diet tinggi kalori,

E. Perencanaan

1. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan

R/ informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dengan informasi yang diberikan.

2. Ciptakan lingkungan aman dan nyaman

R/ Lingkungan aman dapat menjaga privasi ibu.

3. Obversasi persalinan melalui lembar pertograf

R/ lembar partograf sebagai indikastor untuk menilai keadaan ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin.

4. Anjurkan ibu untuk bejalan-jalan disekitar ruangan

R/ memacu gaya gravitasi agar dapat membantu mempercepat penurunan kepala janin.

5. Anjurkan ibu untuk minum dan makan saat tidak ada kontraksi

R/ minum dan makan yang cukup selama persalinan memberi energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.

6. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan

R/ penjelasan yang diberikan membantu ibu untuk lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

7. Lakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) pada saat his

R/ merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri berkurang.

8. Anjurkan ibu menarik nafas melalui nafas dan menghembuskan melalui mulut

R/ dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

9. Siapkan alat dan bahan sesuai saff

R/ persiapan alat da bahan yang lengkap memudahkan dalam proses pertolongan persalinan.

F. Pelaksanaan

1. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin, pembukaan servix 4 cm, kemajuan persalinan

M/ ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi yang diberikan.

2. Menciptakan lingkungan aman dan nyaman

M/ Lingkungan telah dibersihkan, sampiran teelah terpasang dan pintu ruangan di tutup.

3. Mengobservasi persalinan melalui pertograf

M/ hasil observasi dapat dilihat pada pertograf.

4. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan disekita rungan

M/ ibu kurang kooperatif dengan anjran yang diberikan.

5. Menganjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring kiri

M/ ibu tidur dalam posisi miring kiri, kaki dibagian bawah diluruskan dan kaki bagian atas ditekuk.

6. Menganjurkan ibu untuk minum disaat ada his

M/ jam 13.00 Wita ibu sudah minum 1 gelas teh kurang lebih (200cc).

7. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff

M/ Saff I: Partus set, mono aural, kom obat oksitoksin ampul, jarum catgut chronik, kom kapas kering dan air DTT, betadin, clorin spray, bengkok, lampu sorot, pita cm, salp mata/tets mata. Saf II: Haeting set, pengisap lendir, tempat placenta dan dispo bekas, ampul bekas, tensi, stetoskop, thermometer, Saf III: Cairan RL, abocath, infus set, celemek, waslap, handscoen dan pakaian ibu, bayi, resusitasi set dan APD(topi, masker, kaca mata dan sepatu bot).

G. Evaluasi

Evaluasi pada ibu G2P1A0AH1, UK 39 Minggu + 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala I fase aktif

S: Ibu mengatakan merasa ada dorongan untuk meneran, ingin BAB, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir

O: Ku ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 110/60 mmHg, S: 36,7°C, N: 80x/menit, RR: 20 x/menit, perineum menonjol, vulva membuka, ketuban pecah spontan, cairan ketuban jernih

VT : VT: v/v tidak ada kelainan, vagina ada keluar lendir bercampur darah, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kk negatif, presentasi ubun-ubun kecil kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV

A : Kala II

P : Pastikan perlengkapan

- a) Siap diri
- b) Siap keluarga
- c) Persiapan pertolongan persalinan
- d) Menolong persalinan

I: Melakukan penanganan kala II Asuhan Persalinan Normal, pukul 00.00 wita

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka)
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai yang bersih
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT: vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 141 x/menit
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut

menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

25. Melakukan penilaian sepiantas: bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir langsung menangis.

26. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

28. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

29. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama
31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

E: Tanggal 24 januari 2016, pukul 00.20 wita. Bayi lahir spontan, jenis kelamin laki-laki, lahir langsung menangis dan diberi penatalaksanaan Inisiasi Menyusu dini

Kala III

S: Ibu mengatakan setelah bayi lahir, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak.

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, uterus bertambah bundar, ada pengeluaran darah tiba-tiba kurang lebih 100 cc, tali pusat bertambah panjang.

A: P2A0AH2, dalam pemantauan kala III

P: Manajemen aktif kala III

I: Melakukan manajemen aktif kala III

32. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
33. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39. Segera setelah plasenta dan selaputketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

E: pukul 00.30 wita plasenta lahir spontan, selaput chorion dan amnion utuh, kotiledon lengkap, tali pusat insersi marginalis, panjang tali pusat \pm 65cm, berat \pm 600 Gram.

S: ibu mengatakan perutnya masih mules dan ibu merasa lemas

O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis

TTV: TD: 110/700 mmHg, S: 36,7 °C, N: 80 x/menit, RR: 19 x/menit

TFU: 2 jari bawah pusat

Kandung Kemih: Kosong

Perdarahan : ± 100 cc

Perineum : Ruptur derajat I yaitu pada mucosa vagina, komiura posterior, kulit pirenium, sudah dilakukan heacting jelujur

A : P2A0AH2, dalam pemantauan kala IV

I : melakukan prosedur kala IV persalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik Kebersihan Dan Kenyamanan
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga unttuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV

E: Jam 01.40 wita. Ukur: BB: 3000 gram, PB: 44 cm, LK:32 cm, LD: 31 cm, LP:32 cm, imunisasi vitamin K 1 mg/IM (0,5 ml). Jam 02.20 wita pemberian Hb 0 dipaha kanan.

Kunjungan Rumah: Tanggal 27-01-2016. Jam: 08.00 Wita, KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 110/60 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, perdarahan pervaginam \pm 20 cc, lochea rubra, ganti pembalut 1 kali.

Kunjungan Rumah: Tanggal 28-01-2016. Jam: 16.00 Wita, KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 110/70 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 80 x/menit, RR: 19 x/menit. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, perdarahan pervaginam \pm 15 cc, lochea sanguinolenta, ganti pembalut 1 kali.

Kunjungan Rumah: Tanggal 29-01-2016. Jam: 15.00 Wita, KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 110/80 mmHg, S: 36,8⁰C, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: pertengahan simphysis-pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras

pada fundus, perdarahan pervaginam \pm 15 cc, lochea sanguinolenta, ganti pembalut 1 kali.

4.2 Pembahasan

Dalam langkah ini penulis membahas mengenai hubungan antara tinjauan teori dengan persalinan normal, menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney, pada ibu intrapartal multigravida di ruangan bersalin puskesmas sikumana tanggal 23.

I. Pengkajian

Sesuai dengan (Varney, 2007), langkah pertama yang dilakukan yaitu pengumpulan data yang meliputi data subjektif dan data objektif, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan lab. Informasi ini didapat dari pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan, serta didapat dari pemeriksaan fisik, langsung terhadap pasien.

A. Data Subyektif.

Pada Anamnese kasus Ny. E. L. M ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 03.00 WITA (23-01-2016) dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 03.00 WITA (23-01-2016).

Pada tahap ini juga penulis melakukan pengkajian terhadap umur untuk mengetahui risiko pada persalinan karena menurut (Depkes, 2007) umur produktif berkisar 20-35 tahun, pada kasus ini

didapatkan data bahwa umur ibu 29 tahun dan masih termasuk dalam usia produktif.

Penulis juga melakukan pengkajian alasan ibu datang ke puskesmas dikarenakan menurut (Rohani, 2011) tanda-tanda persalinan yaitu adanya kontraksi, kram, tekanan pelvis, nyeri, dan kadang pecah disertai pecah ketuban. Pada kasus ini didapatkan anamnesa ibu mengeluh nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak semalam jam 03.00 WITA (23-01-2016) dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 03.00 WITA (23-01-2016).

Penulis juga melakukan pengkajian HPHT, dikarenakan menurut (Helen Varney, 2007) tafsiran persalinan merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan, apakah persalinan cukup bulan atau prematur, dan kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan. Pada kasus ini, berdasarkan HPHT, umur kehamilan ibu 39 minggu 5 hari (aterm).

Penulis juga melakukan pengkajian terhadap pekerjaan, dikarenakan menurut (Helen Varey, 2007), pengkajian terhadap pekerjaan untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. Dari hasil pengkajian didapat pekerjaan istri adalah IRT dan suami Wirasuwasta yang memiliki penghasilan perbulan Rp. 2.000.000. tetapi Ny, E. L. M mengalami masalah gizi Kekurangan

Energi Kronik (KEK) karena suaminya merupakan tulang punggung dari keluarga mereka yang merupakan keluarga besar (Extended Family).

Penulis juga melakukan pengkajian kapan terakhir ibu makan, dikarenakan menurut (Helen Varey, 2007), informasi ini dibutuhkan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan yang masuk. Pada kasus ini ibu makan terakhir pada jam 13.00 wita yaitu nasi 1 piring, tempe 2 potong, dan sayur bayam.

Penulis juga mengkaji riwayat kehamilan sebelumnya, dikarenakan menurut (Helen Varney, 2007) diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan insiden komplikasi. Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan insiden komplikasi. pada multipara, dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan dengan demikian mengalami lamanya persalinan. Pada kasus ini, ibu sudah 1 kali melahirkan, tidak pernah keguguran, melahirkan per vaginam, dan jarak kehamilan sekarang dengan sebelumnya 2 tahun lebih.

Penulis juga mengkaji riwayat perkawinan dikarenakan menurut (Helen Varney, 2007) berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan

berkaitan dengan psikologinya sehingga akan mempengaruhi proses nifas. status perkawinan Ny, E. L. M Tidak Syah hal ini akan berdampak pada psikis ibu dimana ibu merasa stres, cemas, takut bahwa dirinya tidak diterima dengan baik dilingkungan sekitar. Menurut mochtar (1998), terdapat tiga faktor utama dalam persalinan yaitu, faktor jalan lahir (passage), faktor janin (passenger), faktor tenaga atau kekuatan (powera). Selain itu dalam persalinan ditambahkan faktor psikis (kewajiban) wanita menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas. Karena itu seorang waita memiliki kematangan fisik, emosional, dan psikoseksual serta psikososial. Perasaan cemas, takut dan nyeri akan membuat wanita tidak tenang menghadapi proses persalinan, rasa cemas, takut dan panik yang melanda Ny, E. L. M. Dengan semua ketidak pastian serta rasa sakit yang luar biasa yang dirasakan dapat mengganggu proses persalinan dan mengakibatkan lamanya proses persalinan.

B. Data Obyektif

Data objektif yang di temukan adalah: konjungtiva merah muda, pemeriksaan pada vulva, vagina, dan anus: vulva tak ada kelainan, vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan serviks 4 cm, dan ada pengeluaran lendir darah, ada flour albus. Menurut (Rohani, 2011). tanda-tanda persalinan adanya kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks dan cairan lendir bercampur darah yang keluar melalui vagina. Menurut (Sarwono, 2008)

persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu dan janin. Berdasarkan data tersebut diatas, tanda gejala persalinan ibu sesuai dengan usia kehamilan.

Palpasi: TFU 2 jari dibawa prosesua xifodeus pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas), bagian kiri ibu teraba, keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung); bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala); bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5. Auskultasi: DJJ positif, teratur, frekuensi 141 kali/menit.

Penulis juga mendapatkan masalah yang terdapat pada Ny, E. L. M adalah Kekurangan Energi Kalori (KEK) dengan lila ibu 23 Cm. Menurut (Depkes, 2007) Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun, dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm. Hal ini dapat menyebabkan lamanya kala 1 berlangsung lama.

II. Analisa Masalah dan Diagnosa.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah

dikumpulkan. Menurut (Helen Varney, 2007) diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan insiden komplikasi. pada multipara, dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan dengan demikian mengalami lamanya persalinan. Pada kasus ini, ibu sudah 1 kali melahirkan, tidak pernah keguguran, melahirkan per vaginam, dan jarak kehamilan sekarang dengan sebelumnya 2 tahun lebih.

Secara teori persalinan normal mudah ditegakkan bila keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Berdasarkan teori menurut (Wikijosastro, 2008), data subjektif yang dikaji yaitu: ibu hamil anak beberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang. adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data objektif yang di kaji yaitu: keadaan umum, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Berdasarkan diagnosa intrapartal normal dapat ditegakkan melalui anamneses, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Dari data di atas ditegakkan diagnosa G2 P1 A0 AH1, umur kehamilan 39 minggu + 5 hari, janin tunggal, hidup, let kep,

intrauterine, inpartu kala 1 fase aktif, Pemeriksaan yang tidak dilakukan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan HB, karena pemeriksaan HB dilakukan setelah melahirkan atau pada saat masa nifas pada kunjungan nifas hari ke tiga ke Puskesmas

III. Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial ditegakkan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin. Pada masalah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Diagnosa yang mungkin terjadi adalah abtonia uteripartus lama (Wiknjosastro,2008).

Pada kasus Ny. E. L. M antisipasi masalah potensial adalah partus lama dan gawat janin. Menurut Syaifudin (2002) partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Partus lama fase laten bila lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, dilatasi serviks di

kanan garis waspada pada fase aktif. Menurut Syaifudin (2002) persalinan lama disebabkan oleh his yang tidak efisien, faktor janin (malpresentase, malposisi, janin besar), faktor jalan lahir, faktor lain atau predisposisi adalah paritas, usia, ketuban pecah dini, wanita yang cemas dan ketakutan, respon stres, stres psikologi memiliki efek fisik yang kuat pada persalinan. Hormon stres seperti adrenalin berinteraksi dengan reseptor beta di dalam otot uterus dan menghambat kontraksi, memperlambat persalinan.

Menurut (JNPK, 2008). Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak, tertera sejajar, disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada ditempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui

Pada kasus Ny. E. L. M G2 P1 A0 AH1, Umur kehamilan 39 minggu + 5 hari, inpartu kala satu fase aktif, tidak ditemukan masalah yang memerlukan antisipasi potensial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

IV. Tindakan Segera

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus-menerus bersama ibu. Data yang mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (varney, 2007). Antisipasi yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SPOG. Pada langkah antisipasi ini dilakukan pengidentifikasi tindakan segera dari bidan untuk dikonsultasikan kepada dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Berdasarkan tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada kasus Ny. E. L. M tindakan segera yang dilakukan adalah menganjurkan ibu untuk melakukan diet tinggi kalori.

V. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang sudah diidentifikasikan dari kondisi klien atau dari siapa masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu

merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Menurut (Rohani, 2011), sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, memantau terus menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau terus-menerus tanda vital ibu, memantau terus-menerus keadaan bayi, memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN. Langkah ini disusun sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien, kemudian membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya. Rencana tindakan pada kasus Ny. E. L. M mengacu pada kebutuhan pasien informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, pembukaan serviks, menganjurkan ibu untuk

menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan sesuai dengan 58 langkah APN. Jadi dalam perencanaan tindakan ini tidak terjadi kesenjangan.

VI. Pelaksanaan.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya, menurut (Rohani, 2011), Selanjutnya, rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Di dalam teori melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

Di dalam praktek lapangan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien. Pada kasus Ny. E. L. M pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat di simpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

VII. Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Persalinan berlangsung, penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.E. L. M dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan terhadap kasus ibu Multigravida dengan intrapartal normal di Puskesmas Sikumana didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

Pada kasus Ny. E. L. M ibu bersalin dengan persalinan normal menunjukkan bahwa

- a. Dari hasil pengkajian baik data subyektif dan obyektif yang didapatkan Ny. E. L. M umur 29 tahun, hamil anak kedua, sudah pernah melahirkan, dan tidak pernah keguguran, jumlah anak hidup 1 orang, ibu mengatakan ingin melahirkan, merasakan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sudah keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Adapun masalah yang timbul saat pengkajian adalah masalah kecemasan ibu menghadapi persalinan.
- b. Dari hasil analisa masalah dan diagnosa didapatkan data-data dasar yang mendukung dalam penentuan diagnosa terhadap Ny. E. L. M umur 29 tahun, G2P1A0AH1, usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan normal.
- c. Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. E. L. M umur 29 tahun G2P1A0AH1, usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janijn tunggal,

hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan normal seharusnya terdapat antisipasi masalah potensial yaitu partus lama dan atonia uteri. karena hasil pemantauan menggunakan partograf telah melewati garis waspada, dan tidak memotong garis bertindak sehingga tidak terdapat perbedaan antara teori dan penerapan asuhan yang diberikan

- d. Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. E. L. M umur 29 tahun G2P1A0AH1, usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janijn tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan normal dan dalam pemeriksaan memerlukan salah satu tindakan segera yaitu kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya, namun karena situasi dan kondisi sehingga bidan mengambil tindakan mandiri untuk mencegah komplikasi pada ibu maupun pada bayi yaitu dengan menganjurkan ibu untuk melakukan diet tinggi kalori.
- e. Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. E. L. M umur 29 tahun G2P1A0AH1, usia kehamilan 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan persalinan normal, rencana tindakan pada kasus Ny. E. L. M mengacu pada kebutuhan pasien dan sesuai dengan teori. Perencanaan yang dilakukan mengacu pada asuhan sayang

ibu sesuai dengan 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal (JNPK-PK, . 2008).

- f. Pelaksanaan pertolongan persalinan pada Ny. E. L. M sesuai dengan 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal, asuhan yang diberikan pada kasus Ny. E. L. M, telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat, namun ada satu rencana yang tidak dilaksanakan oleh ibu dan keluarga.
- g. Pada tahap evaluasi tidak semua dilaksanakan sesuai rencana karena keadaan ibu, namun asuhan kebidanan pada Ny. E. L. M selama persalinan, berlangsung spontan, dengan hasil ibu dan bayi dalam keadaan baik. Setelah dilakukan asuhan selama 3 kali kunjungan didapatkan keadaan ibu dan bayinya dalam keadaan sehat, tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada ibu maupun pada bayinya.
- h. Berdasarkan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada kasus Ny. E. L. M penulis menemukan adanya perbedaan antara teori dan penerapan asuhan yang diberikan yaitu pada kala I persalinan, pemantauan menggunakan partograf ditemukan hasil observasi telah melewati garis waspada namun tidak memotong garis bertindak, menurut teori kala I persalinan fase aktif berlangsung 6 jam, sedangkan pada kasus Ny. E. L. M, kala I berlangsung 10 jam dikarenakan sejak awal masuk kamar bersalin ibu tidak mengikuti intervensi bidan untuk jalan-

jalan disekitar ruangan untuk mempercepat proses persalinan akibat gaya gravitasi. Sedangkan tindakan segera yang seharusnya dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter mengenai pemberian cairan infus dan oksigen karena prosedur Puskesmas Poned, bidan melakukan kolaborasi dengan dokter mengenai kondisi pasien serta pemberian therapy. Namun karena situasi dan kondisi untuk menyelamatkan ibu dan bayi bidan melakukan tindakan mandiri. Hasil yang didapatkan dari tindakan yang telah diberikan adalah ibu dan bayi selamat.

5.2 Saran

1 Bagi pasien.

Setelah mendapatkan asuhan kebidanan, pasien diharapkan dapat menemukan secara dini kemungkinan adanya faktor resiko dan komplikasi sehingga pasien dan keluarga dapat menentukan sikap dalam mengambil keputusan.

2 Bagi Mahasiswa

- a. Diharapkan setiap mahasiswa dapat mengerti dengan asuhan kebidanan pada ibu bersalin
- b. Diharapkan setiap mahasiswa dapat mengetahui tanda dan gejala persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri, Dwi, dkk. 2012. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika
- Depkes RI, 2007. Asuhan Persalinan Normal, Jakarta: Dinkes
- Departemen Kesehatan RI, 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No 146/Menkes/SK/VII Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan Indonesia, 2010. Profil Kesehatan Indonesia.
- Hidayat,dkk.2010. Dokumentasi Kebidanan.Jakarta: Salemba Medika
- Ilmiah,Widia.2015.Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta :Nuha Medika.
- JNPK-KR, (2007). Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Depertemen Kesehatan RI
- JNPK-KR, (2008). Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Penerbit: Bakti HUsada:Jakarta
- Marmi, 2011. Intranatal Care,asuhan Kebidanan pada Persalinan.Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Maryunani, 2009. Asuhan Pada Ibu Dalam Persalinan. Jakarta: TIM
- Mochtar, Rustam. 1998. Synopsis Obstetric. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Prawirohardjo, S. (2009). Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Profil Kesehatan Kota Kupang, 2013. Data Hasil Riset tentang Angka Kematian Ibu dan bayi. Di akses dari <http://profilkesehatankotakupang2013.go.id> , diakses pada tanggal 18 mei 2016
- Rekam medik Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana tahun 2015 – Juli 2016
- Rohani, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan: Jakarta: Salemba Medika

- Saryono. 2008. Metode Penelitian Kualitatif Dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saifuddin, 2002. Buku Panduan Praktis Pelayanan kesehatan Maternitas dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sugiono, 2011. Metodologi Penelitian Kesehatan, Jogjakarta: Mitra Cendikia
- Sulistyawati, Ari. 2010. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Jakarta: Salemba Medika
- Sulaiman S. Winata, 1983. Obstetri Fisiologi, Bnadung: Elemen
- Sumarah, dkk. 2008. Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta: Fitramay
- Trisnawati, Frisca. 2012. Asuhan Kebidanan Jilid I Panduan Lengkap Menjadi Bidan Profesional
- Varney, Helen, dkk. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC
- Varney, Helen, 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 volume 2. Jakarta. EGC
- Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2008. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- [http:// www.dinkes-kotakupang profil-kesehatan](http://www.dinkes-kotakupangprofil-kesehatan)

Lampiran 1**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Ibu yang terhormat

Nama Endang Mardianti Bapang, Mahasiswa Program Studi Ilmu Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri – Kupang. Saya akan melakukan Penelitian dengan judul “PLASENTA PREVIA DIRUANGAN EDELWES RSUD PROF. W.Z. JOHANNES KUPANG” hasil ini akan bermanfaat untuk ilmu kebidanan serta sebagai masukan untuk tenaga kebidanan dalam pemberian informasi kesehatan. Dengan ini saya memohon partisipasi Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga serta hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila Ibu menyetujui maka dimohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Kupang,.....

Peneliti

(Endang Mardianti Bapang)

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini setelah mendengar penjelasan dan mengerti serta memahami penjelasan yang di berikan mengenai plasenta previa menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang yang bernama Endang Mardianti Bapang, NIM 132111218 dengan judul penelitian plasenta previa diruangan edelwes Rsud Prof. W.Z. Johannes Kupang.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat buruk terhadap kondisi baik fisik maupun psikis saya. Kerahasiaan informasi mengenai saya akan di jaga oleh peneliti dan tidak akan dipublikasikan oleh peneliti dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kupang,.....

Responden

(.....)

Lampiran 3



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL

Tanggal Pengkajian : 23/01/2016 Tanggal MRS : 23/01/2016

Oleh Mahasiswa : Endang M Bapang Jam : 14:50 WITA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama istri	: Ny. E. L. M
Umur	: 29 Tahun
Alamat	: Oelomi, RT.01 / RW.01
Agama	: Khatolik.
Suku/Bangsa	: Larantuka/Indonesia
Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Penghasilan	: Tidak punya penghasilan
Nama Suami	: Tn. A. D. T
Umur	: 25 Tahun
Alamat	: Oelomi, RT.01 / RW.01
Agama	: Khatolik
Suku/Bangsa	: Larantuka/Indonesia

Pekerjaan : Wirasuasta
 Pendidikan : S1
 Penghasilan : ± Rp. 2. 000. 000/Bln

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan mau melahirkan, mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 03. 00 WITA, dan merasa ada tekanan pada anus.

3. Riwayat Haid

- ❖ Menarche : 15 tahun
- ❖ Siklus : 28 hari
- ❖ Lamanya haid : 3 hari
- ❖ Sifat darah : Encer
- ❖ Nyeri haid : Ada
- ❖ HPHT : 20/04/2015 TP: 27/01/2016

4. Riwayat perkawinan

- ❖ Status perkawinan : Belum Syah
- ❖ Lamanya kawin : -
- ❖ Berapa kali kawin : -
- ❖ Umur pada saat kawin pertama :-

5. Riwayat kehamilan sekarang

- ❖ ANC berapa kali : 7 kali Mulai UK: 2 bulan

- ❖ Tempat ANC : Puskesmas Sikumana
- ❖ Pergerakan janin dirasakan : 4 bulan
Pada usia kehamilan
- ❖ Pergerakan janin : \pm 10 kali
dalam 24 jam terakhir
- ❖ Imunisasi TT : TT3 pada tanggal 21/10 2015

6. Riwayat persalinan lalu

Tabel 4.1 Riwayat Persalinan Lalu

N O	Tgl/Bln/Thn	U	Jenis Persalina n	Penolon g	Tempat persalinan	LH/ LM	J K	BB/ PB	Ket
1	11/04/2013	Ater m	Spontan	Bidan	Puskesmas	LH		-	Sehat
	INI	G2	P1	A0	AH1				

7. Riwayat keluarga berencana

- ❖ Alat Kontrasepsi yang pernah digunakan: ibu mengatakan
belum pernah menggunakan KB
- ❖ Lamanya : -
- ❖ Efek samping yang dirasakan : -
- ❖ Alasan berhenti : -

8. Riwayat kesehatan

- ❖ Riwayat kesehatan ibu/pasien

Jantung	: Tidak ada	PMS/HIV/AIDS	: Tidak ada
Hipertensi	: tidak ada	Transfusi	: Tidak pernah
Jiwa	: Tidak ada	Alergi obat	: Tidak pernah
Campak	: Tidak ada	MRS	: Tidak pernah
Varicella	: Tidak ada	Kecelakaan	: Tidak pernah
Malaria	: Tidak ada	Lain-lain	: Tidak ada

❖ Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Jantung	: Tidak ada	PMS/HIV/AIDS	: Tidak ada
Hipertensi	: tidak ada	Transfusi	: Tidak pernah
Jiwa	: Tidak ada	Alergi obat	: Tidak pernah
Campak	: Tidak ada	MRS	: Tidak pernah
Varicella	: Tidak ada	Keturunan kembar	: Tidak ada
Malaria	: Tidak ada	Lain-lain	: Tidak ada

9. Keadaan psikososial

- ❖ Respon ibu dan keluarga : ibu dan keluarga sangat senang terhadap kehamilan ini
- ❖ Dukungan dari keluarga : Keluarga selalu mendampingi ibu
- ❖ Beban kerja dan kegiatan sehari-hari: Memasak, mencuci, menyapu
- ❖ Jenis persalinan yang diharapkan : Normal
- ❖ Jenis kelamin yang diharapkan :
- ❖ Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

10. Perilaku kesehatan

- ❖ Merokok : Tidak pernah
- ❖ Miras : Tidak pernah
- ❖ Konsumsi obat terlarang : Tidak pernah
- ❖ Minum kopi : Jarang

11. Riwayat latar belakang budaya

- ❖ Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- ❖ Pantangan makanan : Tidak ada
- ❖ Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan: Tidak ada
- ❖ Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas: Tidak ada

12. Riwayat seksual

- ❖ Perubahan pola hubungan seksual
 - TM I : Tidak ditanyakan
 - TM II : Tidak ditanyakan
 - TM III : Tidak ditanyakan
- ❖ Penyimpangan /kelainan seksual : Tidak ada

13. Riwayat diet/makan

- ❖ Jenis makanan pokok: Nasi
- ❖ Porsinya : 1 piring
- ❖ Frekuensi makan : 3-4x/hari
- ❖ Sayuran dan lauk-pauk: Sawi, bayam, tahu, tempe, ikan, dll.
- ❖ Minum susu dan air putih: Sering minum susu, minum air putih
± 9 gelas/hari

❖ Keluhan : Tidak ada

14. Riwayat pola eliminasi

❖ BAB

Frekuensi : 1 Kali/hari

Warna : Kuning

Keluhan : Tidak ada

❖ BAK

Frekuensi : ± 5 Kali/ hari

Warna : Putih keruh

Keluhan : Tidak ada

15. Riwayat pola istirahat

❖ Tidur siang : ± 2 Jam / hari

❖ Tidur malam : ± 8 Jam / hari

❖ Keluhan : Tidak ada

16. Riwayat kebersihan diri

❖ Mandi : 2x / hari

❖ Sikat gigi : 2x / hari

❖ Ganti pakaian luar dan dalam : 2x / hari

❖ Keramas rambut : 3x / minggu

❖ Perawatan payudara : Belum dilakukan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- ❖ Keadaan umum : Baik
- ❖ Kesadaran : Composmentis
- ❖ Bentuk tubuh : Lordosis
- ❖ Ekspresi wajah : Merintih kesakitan
- ❖ Tanda vital

TD : 110/60 mmHg	N : 80 x/menit
S : 36,60 C	RR : 20 x/menit
L : 23 cm	BB : 52 kg
TB : 150 cm	

2. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

- ❖ Kepala : Bersih
- ❖ Wajah
 - Pucat / tidak : Tidak
 - Cloasma gravidarum : Ada
 - Oedema : Tidak ada
- ❖ Mata
 - Konjungtiva : Merah muda
 - Sclera : Putih
 - Oedema : Tidak ada
- ❖ Hidung : Tidak ada sinusitis

❖ Mulut

- Mukosa bibir : Lembab
- Warna bibir : Merah muda
- Stomatitis : Tidak ada

❖ Gigi

- Karang gigi : Tidak ada
- Caries gigi : Tidak ada

❖ Tenggorokan

- Warna : Merah muda
- Tonsil : Tidak ada pembesaran

❖ Leher

- Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
- Pembengkakan kelenjar limfe : Tidak ada
- Pembendungan vena jungularis : Tidak ada

❖ Dada

- Bentuk : Simetris

- Mamae

Bentuk : Simetris

Areola : Ada hyperpigmentasi

Puting : Menonjol

❖ Perut

- Linea : Ada linea alba dan linea nigra
- Strie : Ada strie albicans

- Bekas luka : Tidak ada

- ❖ Ekstremitas

- Oedema : Tidak ada

- Warna kuku : Merah muda

- ❖ Genitalia

- PPV : + Lendir darah

- Haemoroid : Tidak ada

2) Palpasi

- ❖ Mamae : Colostrum Ki+/Ka+

- ❖ Abdomen

Leopold I : TFU 2 jari prosesus xifodeus, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah, teraba bulat, keras dan dapat digoyangkan kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (Difergen), penurunan kepala 2/5

MC Donald : 32 cm

TBBJ : 3255 gram

HIS : 3x10 menit lamanya 40-25 detik

3) Auskultasi

DJJ : Terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 141
x/menit

4) Perkusi

Refleks patella : Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 23/01/2015 Jam : 15.100WITA

- Vulva : Tidak ada condiloma akuminata
- Vagina : Tidak ada flour albus
- Portio : Tidak teraba
- Pembukaan : 4 cm
- Kantong ketuban : +
- Bagian terendah : Kepala
- Posisi : UUK Ki-Dep
- Molase : O
- Turun hodge : II

4. Pemeriksaan laboratorium

Tidak Dilakukan

5. Pemeriksaan khusus

Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Tabel 4.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA	DATA DASAR
<p>G2P1A0AH1 UK 39 minggu 5 hari</p> <p>Janin tunggal hidup intra-uterine pres-kep inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik</p>	<p>DS:</p> <p>Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, mempunyai 1 anak yang hidup, haid terakhir tanggal 20/04/2015, mengeluh sakit pinggang, menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dan merasa seperti ingin BAB.</p> <p>DO</p> <p>TP: 27-01-2016</p> <p>KU: Baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>TTV: TD : 110/60 mmHg N : 80 x/menit</p> <p> S : 36,60 C RR : 20 x/menit</p> <p>○ Inspeksi</p> <p>Wajah: tidak pucat, tidak ada oedema.</p> <p>Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada oedema pada kelopak mata. Mulut: mukosa bibir lembab, warna bibir merah muda. Payudara: puting susu</p>

	<p>menonjol, ada hyperpigmentasi pada areola mammae. Abdomen: ada linea dan striae. Ekstremitas: Tidak ada oedema. Genitalia: ada lendir bercampur darah.</p> <p>o Palpasi</p> <p>Mammae: Colostrum Ki +/- Ka +</p> <p>Abdomen</p> <p>Leopold I : TFU 2 jari prosesus xifodeus, pada fundus teraba bundar, lunak dan kurang melenting (bokong)</p> <p>Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)</p> <p>Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah, teraba bulat, keras dan tidak melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP(divergen), penurunan</p>
--	---

	<p>kepala 0/5</p> <p>MC Donald : 32 cm</p> <p>TBBJ : 3255 gram</p> <p>HIS : 3x/10menit lamanya 30-35 detik</p> <p>o Auskultasi</p> <p>DJJ : Terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 141 x/menit</p> <p>o Pemeriksaan dalam</p> <p>Tanggal : 23/01/2016 , Jam : 13.00</p> <p>WITA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulva : Tidak ada condiloma akuminata ▪ Vagina : Tidak ada flour albus ▪ Portio : tebal, lunak ▪ Pembukaan : 4 cm ▪ Kantong ketuban : + ▪ Bagian terendah : Kepala ▪ Posisi : UUK Ki-Dep ▪ Molase : O ▪ Turun hodge : II
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Atonia uteri dan partus lama

IV. TINDAKAN SEGERA

Diet tinggi kalori

V. PERENCANAAN

Tanggal : 23/01/2016

Jam : 15.10 Wita

Diagnose : G2PIA0AHI uk 39 minggu 5 hari, janin tunggal hidup, let.kep, intruterin, letak kepala, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu

3. Observasi persalinan melalui lembar partograf

R/ lembar observasi sebagai indikator untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin dan dibuat.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan

R/ memacu gaya gravitasi agar mempercepat penurunan kepala janin

5. Anjurkan ibu untuk minum dan makan saat tidak ada kontraksi

R/ Minum dan makan yang cukup selama persalinan memberi energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi

6. Jelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri yang dirasakan

R/ Penjelasan yang diberikan membantu ibu untuk lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

7. Lakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) pada saat his

R/ Merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri berkurang

8. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut

R/ Menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

9. Siapkan alat dan bahan sesuai saff

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 23/01/2016

Jam : 15:15 Wita

Diagnose : GIPIA0AHI, uk 39minggu 5 hari, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik + inpartu kala 1 fase aktif.

Tabel 4.3 Pelaksanaan Asuhan

No	Jam	Pelaksanaan	Paraf
1.	15.18 Wita	Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan M/ Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan	
2.	15.20 Wita	Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman M/ Sampiran terpasang, pintu tertutup	
3.	15.25 Wita	Mengobservasi persalinan melalui partograf M/ hasil observasi dapat dilihat pada partograf	
4.	15.30 wita	Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan disekitar ruangan M/ ibu kurang kooperatif dengan anjuran yang diberikan	
5.	15.32 wita	Menganjurkan ibu untuk tidur dalam posisi miring kiri M/ ibu tidur dalam posisi miring kiri, kaki bagian bawah di luruskan dan kaki bagian atas ditekuk	
6.	15.35 wita	Menganjurkan ibu untuk minum saat tidak ada his M/jam 17.15 wita ibu sudah minum 1 (200 cc) gelas teh	

7.	15.40 wita	<p>Siapkan alat, bahan dan obat-obatan</p> <p>M/ - Saff I</p> <p>Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 1 pasang, ½ koher 1 buah, handscoen 1 pasang.</p> <p>Hecting set berisi: pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang.</p> <p>Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.</p> <p>- Saff II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempat plasenta • Tensi meter • Stethoscope • Wadah berisi larutan clorin 0,5 % • Sarung tangan steril dan ketetr steril • Thermometer <p>- Saff III</p> <ul style="list-style-type: none"> • perlengkapan ibu 	
----	-------------------	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • perlengkapan bayi • infuse set • plastic pakayan kotor • peralatan APD 	
--	--	---	--

VII. EVALUASI

Kala II

jam 00.00 wita

S : ibu mengatakan sakit semakin sering dan ada keinginan untuk meneran, keluar air-air dari jalan lahir.

IIIIIIIIJam: 00.00 wita

O : His: 5 X 10 menit lamanya 50-55 detik, N: 80 X/mnt, DJJ: 140 X/mnt,

Adanya tanda-tanda kala 2 yaitu: Vulva membuka dan pirenium menonjol,

VT: v/v tidak ada kelainan, vagina ada keluar lendir bercampur darah, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kk negatif, presentasi ubun-ubun kecil kanan depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.

A : kala II

P :

- Periksa tanda kala II
- Siap alat dan diri
- Pastikan pembukaan lengkap

- Siap ibu dan keluarga
- Siap tolong
- Tolong kepala
- Penanganan bayi baru lahir

I :

- 1) Melihat dan memeriksa tanda dan gejala kal II yaitu doran, tekus, perjol, dan vulka
- 2) Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan
- 3) Memakai APD : topi, kaca mata, masker, celemek, sepatu bot
- 4) Cuci tangan dibawah air mengalir
- 5) Gunakan sarung tangan kanan
- 6) Mengisap oxytosin menggunakan spuit 3 cc dengan teknik one hand, mengisap oxytosin dan meletakan spuit 3 cc ke dalam baki steril.
- 7) Membersihkan vulva dan perinium.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan lengkap.
- 9) Celup sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% dan lepaskan, setelah itu mencuci tangan.
- 10) Memeriksa DJJ: jam 00.00 wita: 140x/mnt
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, ibu boleh meneran jika timbul keinginan untuk meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga atau suami untuk mengatur posisi meneran sesuai keinginan ibu.

- 13) Melakukan pimpin persalinan pada saat his, memberi semangat dan puji, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum diantara kontraksi
- 14) Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi setengah duduk bila ibu merasa belum ada dorongan untuk meneran.
- 15) Letakkan handuk yang bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi)
- 16) Saat kepala mulai membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu dan kain alas bokong untuk sokong perineum ibu.
- 17) Membuka partus set dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan dan perhatikan kembali kelengkapan alat.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan dan siap tolong
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan yang dialasi kain dan tangan kiri diletakkan di kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala bayi lahir perlahan-lahan anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa adanya kemungkinan lilitan tali pusat, ternyata tidak ada lilitan tali pusat
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal sehingga bahu depan

muncul di arkus pubis, kemudian gerakan keatas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 23) Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah kearah perineum ibu, menyanggah kepala, lengan, siku bagian bawah,gerakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- 25) Lakukan penilaian sepintas, yaitu: bayi langsung menangis, bernafas spontan, tonus otot baik, warna kulit kemerahan,
- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kaseosa, ganti handuk basah dengan handuk yang kering biarkan bayi diatas perut ibu

Jam : 00.20 wita

E: Partus spontan hidup letak belakang kepala, bayi lahir , bernapas spontan teratur, langsung menangis, bayi laki-laki (),

Kala III

Jam 00.21 wita

S: ibu mengatakan setelah bayi lahir, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak

O: keadaan umum: baik, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, uterus bertambah bundar, ada pengeluaran darah tiba-tiba \pm 100 cc, tali pusat bertambah panjang.

A: kala III

P: lakukan manajemen aktif kala III

Suntik oxytosin

perenggangan tali pusat terkendai

masase uterus

I :

- 1) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus
- 2) Beritahu ibu bahwa akan disuntikan oxytosin 10 IU/IM, agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 3) Menyuntikan oxytosin 10 IU/IM 1/3 di paha atas bagian distal lateral
- 4) Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat kearah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
- 5) Memotong dan mengikat tali pusat
- 6) Meletakkan bayi agar kontak kulit dengan ibunya selama 1 jam.

- 7) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain agar hangat dan pasang topi dikepala bayi
- 8) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 6-10 cm dari vulva
- 9) Meletakkan 1 tangan diatas perut ibu yang alasi kain tepi atas simphisys, tangan yang lain meregangkan tali pusat.
- 10) Saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan kiri mendorong uterus kearah belakang atau atas
- 11) Lakukan peregangan dan dorso cranial sehingga plasenta lepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong meregangkan tali pusat dengan 1 arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas sambil mengikuti poros jalan lahir.
- 12) Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadahnya.
- 13) Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus dengan telapak tangan dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi.
- 14) Mengobservasi perdarahan
- 15) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.
- 16) Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi.

E: Jam 00.30 wita plasenta lahir spontan, tidak ada sisa jaringan plasenta didalam uterus, kontraksi uterus baik, perdarahan 100cc, panjang tali

pusat 65cm, diameter plasenta 20x15x1 1/2, insersi marginalis, berat ± 600gram, ada laserasi derajat 1.

Kala IV

Jam: 00.40 wita

S:

1. Ibu mengatakan legah dan senang telah melahirkan anaknya
2. Ibu merasa sedikit mules pada perutnya
3. Keluar darah melalui jalan lahir.

O:

Kontraksi uterus: baik, TFU: 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, ada perdarahan aktif pervaginam, robekan perineum derajat 1 (mukosa vagina, komiura posterior, kulit perinium).

A: kala IV

P: Pasca tindakan XVII

Evaluasi

Bersih/aman

Partograf

I :

- 1) Kontraksi uterus baik
- 2) Membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit selama satu jam.

- 3) Setelah satu jam, lakukan penimbangan, pengiukuran panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, dan memberikan salep mata dan vitamin K: 0,5 mg di paha kiri.
- 4) Imunisasi HB0 diberikan setelah satu jam perawatan bayi dan pemberian vitamin K.
- 5) Melakukan pemantauan kontraksi dan kemungkinan perdarahan pervaginam.
- 6) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
- 7) Mengobservasi dan mengidentifikasi jumlah kehilangan darah.
- 8) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama dan 30 menit setelah jam kedua pascasalin.
- 9) Periksa kembali kondisi bayi
- 10) Memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh bayi normal.
- 11) Menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi.
- 12) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 13) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT, membantu ibu memakai baju.
- 14) Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Mengajak keluarga memberikan ibu makan dan minum.
- 15) Mendekontaminasikan tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

16) Mencelupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 5%, dibalik dan rendam selama 10 menit.

17) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

18) Melengkapi partograf

E :

Jam 01.40 wita

➤ Ukur: BB: 3000 gram, PB: 44 cm, LK:32 cm, LD: 31 cm, LP:32 cm, imunisasi vitamin K 1 mg/IM (0,5 ml).

➤ Hasil observasi pada 15 menit jam pertama dan tiap 30 menit jam kedua, yaitu: lihat di lembar partograf.

➤ Jam 02.20 wita pemberian Hb 0 dipaha kanan.

CATATAN PERKEMBANGAN IBU NIFAS

Tabel 4.5 Catatan Perkembangan Ibu Nifas

<p>24 januari 2016/ 06.00 WITA</p>	<p>S :ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah seperti datang haid dan nyeri luka jahitan perineum, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2 x / BAB belum, sudah ganti softek 2 x.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 100/70 mmHg S : 36,60 C</p> <p>N : 80 x/ menit RR : 19 x/ menit</p> <p>Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda,</p>	
--	--	--

	<p>ASI ka(+)/ ki(+), TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) loche rubra.</p> <p>A: P2 A0 AH2 post partum 6 jam normal</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Melakukan perawatan luka Perineum ibu, sudah dilakukan perawatan luka perineum. 3. Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe) dan makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui serta minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut. 4. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut. 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan 	
--	--	--

	<p>terutama daerah genetalia dengan membersihkan genitalia setelah selesai BAK/BAB dengan air bersih dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan seperti miring kanan/kiri, bangun secara perlahan dari tempat tidur, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>7. Melayani terapi amoxicillin 500 mg dan Paracetamol 500 mg / oral.</p> <p>8. Memfasilitasi visite dokter, a/t dokter: istirahat yang cukup, tingkatan pemberian ASI kepada bayi dan pasien belum boleh pulang.</p> <p>Instruksi dokter</p> <p>Merawat luka perineum: luka masi basah, tidak ada keluar nanah, tidak ada oedema pada luka jahitan, luka tidak terbuka, lochea rubra.</p>	
--	---	--

<p>25 januari 2016/ 08.00 Wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan sudah merasa lebih baik dan sudah bisa merawat bayinya sendiri.</p> <p>O : Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/70 mmHg N : 80 x/menit,</p> <p>S : 36,90C RR: 19 x/menit,</p> <p>Pemeriksaan fisik : wajah tidak pucat, mata: konjungtiva merah muda, sklera putih. Abdomen: TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Genitalia : Ada pengeluaran lochea rubra sebanyak ¼ dari pembalut, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum.</p> <p>A : P2A0AH2 postpartum normal hari pertama</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Melakukan perawatan luka Perineum ibu, sudah dilakukan perawatan luka 	
--	--	--

	<p>perineum.</p> <p>3. Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe) dan makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui serta minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>5) Menganjurkan ibu menjaga kebersihan terutama daerah genetalia dengan membersihkan genitalia setelah selesai BAK/BAB dengan air bersih dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6) Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan seperti miring kanan/kiri, bangun secara perlahan dari tempat tidur, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p>	
--	---	--

	<p>7) Melayani terapi amoxicillin 500 mg dan Paracetamol 500 mg / oral.</p> <p>8) Memfasilitasi visite dokter, a/t dokter: istirahat yang cukup, tingkatkan pemberian ASI kepada bayi dan pasien belum boleh pulang.</p> <p>Instruksi dokter</p> <p>Merawat luka perineum: luka masi basah, tidak ada keluar nanah, tidak ada oedema pada luka jahitan, luka tidak terbuka, lochea rubra.</p>	
<p>26 januari</p> <p>2016/ 08.00</p> <p>WITA</p>	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2 x / BAB belum, sudah ganti softex 2 x.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/60 mmHg S : 36,50 C</p> <p>N : 80 x/ menit RR : 19 x/ menit</p> <p>Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda, ASI ka(+)/ ki(+), TFU : 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) loche rubra.</p> <p>A: P2 A0 AH2 post partum Normal Hari ke 2.</p> <p>P:</p>	

	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal.2. Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe) dan makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui dan minum banyak air putih 9-10 gelas/hari, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut.3. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran tersebut.4. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan terutama daerah genitalia dengan membersihkan genitalia setelah selesai BAK/BAB dengan air bersih dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.5. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan seperti miring kanan/kiri,	
--	---	--

<p>Jam 08.30 WITA</p>	<p>bangun secara perlahan dari tempat tidur, dan berjalan perlahan disekitar ruangan, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6. Melayani terapi amoxicillin 500 mg dan Paracetamol 500 mg / oral, terapi obat sudah diberikan.</p> <p>7. Menyiapkan ibu untuk pulang sesuai instruksi dokter.</p> <p>Ibu pulang, keadaan umum: baik, kesadaran composmentis, TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, kontraksi uterus baik, TFU: 3 jr dibawah pusat, kontraksi uterus baik.</p> <p>Menjadwalkan kunjungan ulang 3 hari kemudian yakni 29 janiari 2016, ibu mengerti dan bersedia untuk kunjungan ulang. Ibu pulang dalam keadaan sehat.</p>	
---------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN BAYI BARU LAHIR

Nama :Endang Mardianti Bapan

NIM :132111218

Lokasi :Ruang Nifas Puskesmas Suikumana

tgl	jam	Catatan perkembangan	Ttd
24 januari 2016	06.00 WITA	<p>S : ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah BAB 2 x dan BAK 1 x, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : S : 36,90C , HR : 137 x/menit, RR : 43 x/menit</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih,</p> <p>tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK Usia 6 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, membersihkannya dengan alkohol 	

		<p>dan kassa dar pangkal hingga ujungnya, dan keringkan, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibu mengerti dan bersedia menerima anjuran yang diberikan.</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya dengan memakai topi, kaus tangan, kaus kaki dan menyelimuti bayi, ibu bersedia melakukannya.</p>	
07.00	wita	6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia melakukannya.	
08.00	wita		
09.00	wita	7. Mengobservasi suhu setiap 1 jam	
10.00	wita	Observasi Suhu : 37,10C	
11.00		Observasi Suhu : 37,10C	

	wita	<p>Observasi Suhu : 37,50C</p> <p>Observasi Suhu : 37 ,80C</p> <p>Observasi Suhu : 37,60C</p>	
25 januari 2016	15.00 WITA	<p>S : ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah BAB 2 x dan BAK 3 x, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : S : 36,70C , HR : 131 x/menit, RR : 45 x/menit</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih,</p> <p>tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK Usia 1 hari</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, membersihkannya dengan alkohol 	

		<p>dan kassa dar pangkal hingga ujungnya, dan keringkan, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibu mengerti dan bersedia menerima anjuran yang diberikan.</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya dengan memakai topi, kaus tangan, kaus kaki dan menyelimuti bayi, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia melakukannya.</p>	
26 Januari 2016	08.00 wita	<p>S : ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah BAB 2 x dan BAK 1 x, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p>	

		<p>TTV : S : 36,80C , HR : 130 x/menit, RR : 45 x/menit</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih,</p> <p>tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK Usia 2 hari</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Mengajarkan ibu merawat tali pusat bayi, membersihkannya dengan alkohol dan kassa dar pangkal hingga ujungnya, dan keringkan, ibu bersedia melakukannya. 3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibu mengerti dan bersedia menerima anjuran yang diberikan. 4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia melakukannya. 	
--	--	---	--

	09.00 wita	<p>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya dengan memakai topi, kaus tangan, kaus kaki dan menyelimuti bayi, ibu bersedia melakukannya.</p> <p>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia melakukannya.</p> <p>7. Menyiapkan bayi untuk pulang sesuai instruksi dokter.</p> <p>Bayi pulang, keadaan umum: baik, kesadaran composmentis, TTV : S : 36,70C , HR : 135 x/menit, RR : 46 x/menit. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih, tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>Menjadwalkan kunjungan ulang pada ibu untuk membawa bayinya 3 hari kemudian yakni 29 januari 2016, ibu mengerti dan bersedia untuk kunjungan ulang. bayi pulang dalam keadaan sehat</p>	
--	---------------	--	--

Catatan Kunjungan Rumah Ibu Nifas

Tanggal/Jam	Subjektif	Objektif	Assesment	Pelaksanaan	Paraf
27 januari 2016 Jam 08.00 WITA	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir sedikit, sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: TD: 110/60 mmHg N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5 °C Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, perdarahan pervaginam ± 20 cc, lochea rubra, ganti pembalut 1 kali.	P2 A0 AH2 Post Partum normal 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemerisaan 2. menganjurkan ibu meminum obat pagi secara teratur dan sesuai dosis, amoxicilin 500 mg, ibu sudah minum obat 3. menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui 4. menganjurkan ibu istirahat dengan cukup 5. menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia 	

28 Januari 2016	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir sedikit, sudah BAK 2 kali dan belum BAB	<p>KU: baik</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 110/ 70 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit, RR: 19 x/menit, S: 36,7 0C</p> <p>Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, perdarahan pervaginam \pm 20 cc, lochea sanguinolenta , ganti pembalut 1 kali.</p>	P2 A0 AH2 Post Partum normal 4 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan hasil pemeriksaan 2. menganjurkan ibu meminum obat pagi secara teratur dan sesuai dosis, amoxicilin 500 mg/ oral, ibu sudah minum obat 3. menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui 4. menganjurkan ibu istirahat dengan cukup 5. menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia 	
-----------------	--	--	--	--	--

29 Januari 2016	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir sedikit, sudah BAK 4 kali dan BAB 2 kali	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: TD: 110/ 800 mmHg N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36, 8 0C Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: pertengahan simphysis- pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, perdarahan pervaginam \pm 15 cc, lochea sanguinolenta, ganti pembalut 1 kali.	P2 A0 AH2 Post Partum normal 5 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan 2. Menganjurkan ibu meminum obat pagi secara teratur dan sesuai dosis, amoxicilin 500 mg / oral, ibu sudah minum obat 3. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui 4. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia 	
-----------------	---	--	--	---	--

CATATAN KUNJUNGAN RUMAH BAYI BARU LAHIR

Tanggal/ Jam	Subjektif	Objektif	Assesment	Pelaksanaan	PARAF
27 Januari 2016 Jam 08.00 wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: HR : 132 x/menit, RR: 43 x/menit, S: 36, 5 0C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan hasil pemeriksaan 2. mengajarkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang basah 3. mengajarkan ibu merawat tali pusat 4. mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 5. menganjurkan ibu menjemur bayinya setiap pagi (5-10 menit) 6. menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin 	

10				7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi	
28 Januari 2016 16.00 wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 5 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: HR : 133 x/menit, RR: 45 x/menit, S: 36, 50C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan hasil pemeriksaan 2. mengajarkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang basah 3. mengajarkan ibu merawat tali pusat 4. mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 5. menganjurkan ibu menjemur bayinya setiap pagi (5-10 menit) 6. menganjurkan ibu 	

				menyusui bayinya sesering mungkin	
				7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi	
Jam 18.00 wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 2 kali dan BAK 3 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: HR : 134 x/menit, RR: 43 x/menit, S: 36, 80C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 3 hari	1. menginformasikan hasil pemeriksaan 2. mengajarkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang basah 3. mengajarkan ibu merawat tali pusat 4. mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 5. menganjurkan ibu menjemur bayinya setiap pagi (5-10 menit)	

				6. menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin 7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi	
04 Juni 2016 08.00 wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 1 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik Kesadaran: composmentis TTV: HR : 133 x/menit, RR: 42 x/menit, S: 36, 60C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 4 hari	1. menginformasikan hasil pemeriksaan 2. mengajarkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang basah 3. mengajarkan ibu merawat tali pusat 4. mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 5. menganjurkan ibu menjemur bayinya setiap	

				<p>pagi (5-10 menit)</p> <p>6. menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin</p> <p>7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi</p>	
Jam 18.00 wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 2 kali dan BAK 2 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	<p>KU: baik</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: HR : 135 x/menit, RR: 43 x/menit, S: 36, 70C.</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi</p>	NCB SMK usia 4 hari	<p>1. menginformasikan hasil pemeriksaan</p> <p>2. mengajarkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang basah</p> <p>3. mengajarkan ibu merawat tali pusat</p> <p>4. mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar</p> <p>5. menganjurkan ibu</p>	

				<p>menjemur bayinya setiap pagi (5-10 menit)</p> <p>6. menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin</p> <p>7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi</p>	
--	--	--	--	--	--

No. Register

--	--	--	--	--	--

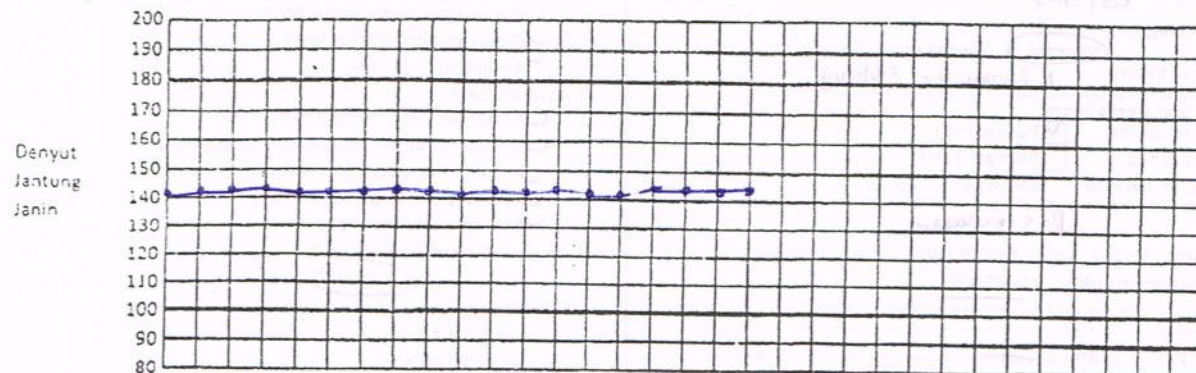
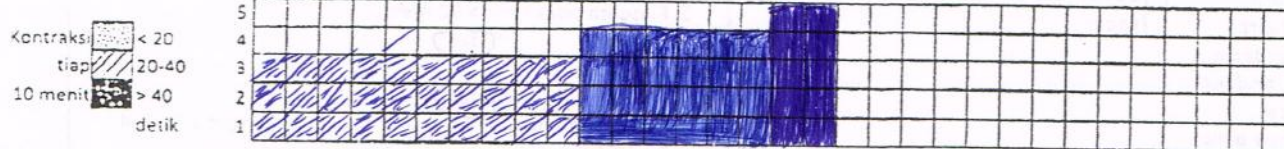
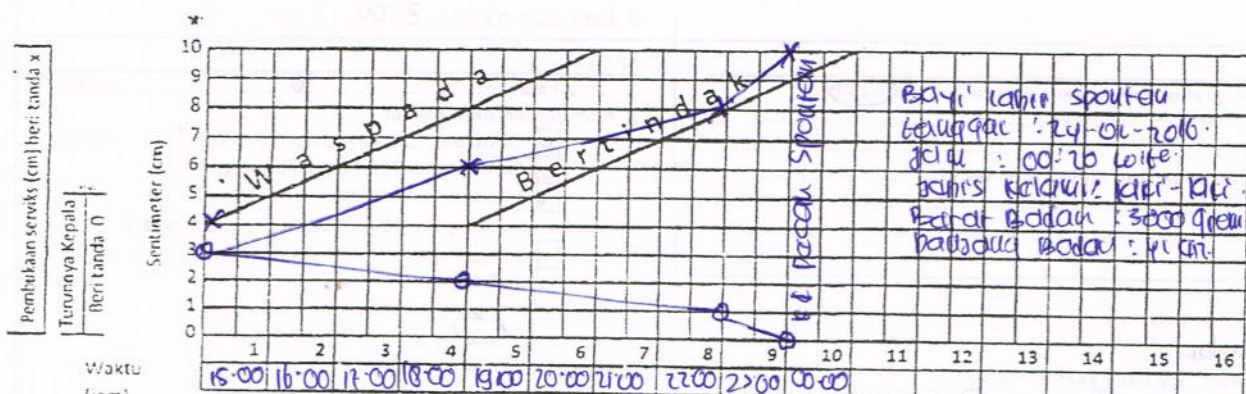
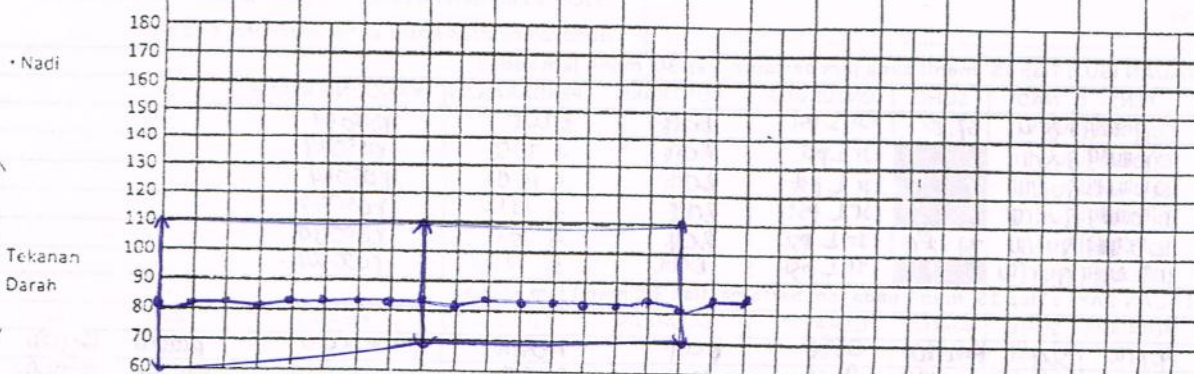
 Nama Ibu PY.E.L.M. Umur 29 tahun. G 2 P 1 A 0

No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--

 Tanggal 23.01.2016. Jam 14.55 wib.

Ketuban Pecah sejak jam : _____ Mules Sejak jam : 03:00 wkt.

[illegible][illegible][illegible]

Suhu °C									
30,7°C		36,7°C		36,7°C		37°C		39°C	

[illegible]

CATATAN PERSALINAN	CATATAN KELAHIRAN BAYI
1 Tanggal : 24-01-2016	1 Jenis Kelamin : <u>LB</u> PR
2 Usia kehamilan : 39 minggu + 5 hari	2 Saat Lahir : jam 00.10 Hari minggu tanggal 24-01-2016
Prematur <input type="checkbox"/> Aterm <input checked="" type="checkbox"/> Postmatur <input type="checkbox"/>	3 Bayi : Lahir hidup : <input checked="" type="checkbox"/> Lahir mati : <input type="checkbox"/>
3 Letak : <u>kepala</u>	4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak) <input checked="" type="checkbox"/> Bayi napas spontan teratur <input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif/tonus kuat <input checked="" type="checkbox"/> Air ketuban jernih
4 Persalinan : <u>Normal</u> Tindakan <input type="checkbox"/> Seksio <input type="checkbox"/>	5 Asuhan bayi <input checked="" type="checkbox"/> Keringkan dan hangatkan <input checked="" type="checkbox"/> Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka <input checked="" type="checkbox"/> Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam <input checked="" type="checkbox"/> Vit K 1 mg di paha kiri atas <input checked="" type="checkbox"/> Salp mata/tetes mata
5 Nama bidan : <u>bid. amon + Endang</u>	6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input checked="" type="checkbox"/>
6 Tempat persalinan <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input checked="" type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit Klinik Swasta Lainnya : <u> </u>	Jika YA tindakan : Langkah awal <input type="checkbox"/> menit ventilasi selama <input type="checkbox"/> menit Hasilnya : Berhasil / / Dirujuk / Gagal
7 Alamat tempat persalinan : <u>D. S. K. K. K.</u>	7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>
8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV	8 Kapan bayi mandi : <u>1.30.12</u> jam setelah lahir
9 Alasan merujuk : <u>ISU/BAYI</u>	9 Berat Badan Bayi : <u>3000</u> Gram
10 Tempat rujukan : <u> </u>	
11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan <input checked="" type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	

KALA I
1 Partograf melewati garis waspada : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
2 Masalah lain : sebutkan : <u> </u>
3 Penatalaksanaan masalah tersebut : <u> </u>
4 Hasilnya : <u> </u>

KALA II
1 Episiotomi <input type="checkbox"/> Ya, indikasi <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
2 Pendamping pada saat persalinan : <input checked="" type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> lain2 <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> kader
3 Gawat Janin : <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
4 Distosia bahu <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
5 Masalah lain sebutkan : <u> </u>
6 Penatalaksanaan masalah tersebut : <u> </u>
7 Hasilnya : <u> </u>

KALA III
1 Lama kala III : <u>10</u> menit
2 manajemen Aktif kala III : <input checked="" type="checkbox"/> Oksitoxin 10 IU IM dalam waktu <u>1</u> menit <input checked="" type="checkbox"/> Peregangan Tali Pusat Terkendali <input checked="" type="checkbox"/> Masase Fundus Uteri
3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ? <input type="checkbox"/> Ya, Alasan <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
4 Plasenta lahir Lengkap (intact) <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika TIDAK, tindakan : <u> </u>
5 Plasenta tidak lahir > 30 menit YA, <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
6 Laserasi YA, <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Jika YA, dimana <u> </u> derajat 1 2 3 4
Tindakan <u> </u>
7 Atonia Uteri YA <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Jika YA tindakan : <u> </u>
8 Jumlah perdarahan <u>5</u> 100 ml

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH		
00:35	120/80	80x/m	37,20	131 Lpst	Baik	± 20 cc	Kosong		
00:50	120/80	80x/m		131 Lpst	Baik	± 20 cc	Kosong		
01:05	120/80	80x/m		131 Lpst	Baik	± 15 cc	Kosong		
01:20	120/80	80x/m		131 Lpst	Baik	± 15 cc	Kosong		
01:50	120/80	80x/m	37,20	131 Lpst	Baik	± 15 cc	Kosong		
02:20	120/80	80x/m		131 Lpst	Baik	± 10 cc	Kosong		
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	GAB	BAK
00:35	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil
00:50	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil
01:05	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil
01:20	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil
01:50	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil
02:20	40x/m	36,20	Kemerahan	aktif	Baik	Basil	hidang	Basil	Basil

Lampiran 5



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : ENDANG MARDIANTI BAPANG

NIM : 132111218

Pembimbing I : UMMU ZAKIAH, SST, M.Keb

No.	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa 10/5/16.	Bab I	Pendahuluan	
2.	Rabu 11/5.	Materi I, II.	Jumlah ke I - Dan : konsep Anus	
3.	17-05-2016.	Bab I, II, III	Perbaikan Bab II dan III. Bab I, II, III, IV.	
4.	28/7/16.	Bab I, II, III, IV.	perbaikan literatur, konsep anus, perbaikan - But signatur dan nama	
5.	8/8/16	all	all	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRIKUPANG
PROGRAM STUDI DIH KEBIDANAN

Jl. Manafe No.17 OebufuKupang

Telp (0380) 8553961 / 8553590

Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI

Namamahasiswa






:Endang M Bapang

NIM

: 132111218

Pembimbing II

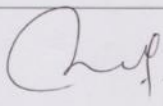
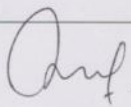
: Mili Jumetan S.Tr Keb

No	Hari/tanggal	Bab yang dikonsultasikan	Revisi	Tandatanganpembimbing
1	18/5-2016	I	Latar Belakang	
2	8/8-2016	I dan II	Latar Bel (Skala Masalah) - aspek	
3	9/8-2016	III	Aspek / Pembahasan	
4	23/8-2016	I dan IV	Latar Belakang dan cara	
5	29/8-2016		Ara	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Endang Mardianti Bapang
NIM : 132111218
Pembimbing II : Mili Jumetan. STr, Keb

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Tanda tangan pembimbing
1	20/10-2016	* Daftar Isi * Pendahuluan * Abstrak	
2	22/10-2016	Abstrak	
3			
4			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Endang Mardianti Bapang
NIM : 132111218
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST., M.Keb

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Tanda tangan pembimbing
1	jumat, 14/10/16	Bab 1 - 5	
2	senin, 17/10/16	Pembahasan presentasi ace.	
3	senin 18/10/16	ace.	
4			

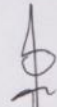



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Endang Mardianti Bapang
Penguji : Florentianus Tat, S.Kp. M.Kes

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Tanda tangan pembimbing
1	Senin 27-09-2016	- cover badan - kato poliquantar - ratar balakang - p. masalah.	
2	Selasa 04-10-2016.	ACC	
3			
4			